Université Bordeaux 2 - Victor Segalen
**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2011 Thèse n° 96

Thèse pour l'obtention du
**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement
le 06 décembre 2011

Par **Sophie DARETHS FABIER**
Née le 20 Mai 1980 à Bayonne (64)

# EVALUATION DE LA QUALITE D'ECOUTE DES MEDECINS GENERALISTES EN CONSULTATION

**Directeur de thèse**
Monsieur le Docteur Bertrand PROUFF

**Rapporteur de thèse**
Monsieur le Docteur Gérard DUROUX

**Jury**

| | |
|---|---|
| Monsieur le Professeur Bernard GAY | Président |
| Monsieur le Professeur Philippe MORLAT | Juge |
| Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX | Juge |
| Monsieur le Docteur Alain CHAPERON | Juge |
| Monsieur le Docteur Bertrand PROUFF | Juge |

**JE REMERCIE TOUS LES MEMBRES DU JURY :**

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR Bernard GAY,**
Docteur en médecine
Professeur de Médecine Générale
Président du Collège National des Généralistes Enseignants
Directeur du DES de Médecine Générale de Bordeaux

Je vous remercie de m'accorder de votre temps, de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR Philippe MORLAT,**
Docteur en médecine
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Chef de service de Médecine Interne au CHU de Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Louis DEMAUX,**
Docteur en médecine
Professeur de Médecine Générale
Directeur adjoint, Coordonnateur du DES de Médecine Générale de Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

**A MONSIEUR LE DOCTEUR Alain CHAPERON,**
Docteur en médecine
Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

J'ai apprécié ton enseignement et ton accompagnement durant mon internat.
Je te remercie d'avoir participé à l'élaboration de ce travail, et de me faire l'honneur d'accepter de le juger.

**A MONSIEUR LE DOCTEUR Bertrand PROUFF,**
Docteur en médecine
Médecin Généraliste  Enseignant

J'ai apprécié ton enseignement et ton accompagnement durant mon internat et mon stage réalisé à tes cotés.
Je te remercie de m'avoir guidée depuis le début de ce travail, et de t'être rendu aussi disponible.
Ton aide, ta rigueur et ta patience m'ont été précieuses !
Grâce à toi, j'ai pu réaliser ce travail qui m'a passionné.
Je te remercie d'avoir dirigé ce travail et de me faire l'honneur de le juger.

**A MONSIEUR LE DOCTEUR Gérard DUROUX,**
Docteur en médecine
Professeur Associé de Médecine Générale

J'ai apprécié votre disponibilité, votre aide et l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail.
Je vous remercie de me faire l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse.

**Je remercie également :**

Le **Docteur Sophie PUEYO**, Statisticienne au Centre Hospitalier de la Côte Basque.
Vos compétences ont été indispensables à la réalisation de ce travail.

Les **Docteurs Jean-Philippe PECASTAING** et **Pierre GAYRAUD**
Médecins Généralistes Enseignants
Vous m'avez transmis une part de votre savoir pendant mon internat. Je garde un excellent souvenir de mon stage à vos côtés.
Pierre, tu m'as sensibilisée à la communication médicale, et je t'en suis reconnaissante.

Les **Docteurs Jean-Marc GROCQ, David CASTAING, Clémence JEAN et Jean-Louis MATHIO**
Vous me faites part de votre expérience au quotidien, et vous me permettez de partager mes réflexions et mes doutes.
Je vous remercie pour le lien de pairs que nous avons créé.

**Les médecins et les patients qui ont accepté de participer à cette étude.**

**A Romain mon mari,**
Merci de m'avoir choisie ! J'apprécie de partager chaque jour à tes côtés !
Il nous reste tant de belles choses à vivre ensemble !

**A mes parents,**
pour leur soutien, leur Amour, et pour m'avoir permis de faire ce métier qui me passionne.

**A mes grands-parents,**
présents à mes côtés et à Pierre mon grand-père à qui je dédie ma thèse.

**A ma sœur,**
pour sa joie de vivre, sa force et sa générosité.

**A Pierre,**
pour son aide, son enthousiasme et sa simplicité.

**A Pelure,**
pour son amitié, et tous les moments exceptionnels qu'on a partagé.

**A tous mes oncles, tantes, cousins et cousines.**

**A ma belle famille.**

**A Gribouille !**

**A la fine équipe « bordelaise » :**
Arthur, Christelle, Laurent, Agnès, Ludo, Clémence, Barbouze, Bertrand, Brice, Sophie, Alex, Antoine , Mélanie, Charlot, Aurélie, Nikal, Touille, Julien, Pauline, Groquick, Maf, Blue !

**Et bien sur à la Team des « blondes » !!!**
Julie, Marion, Lætitia, Célia, Aurélie.... Cynthia et Guëna
Merci de votre « blonderie » ! Je n'oublierai jamais tous les bons moments passés ensemble, et à venir !

# TABLE DES MATIERES

# INTRODUCTION

Aujourd'hui, les compétences en communication des médecins deviennent fondamentales.

L'augmentation des besoins en communication est liée à l'évolution de la société et des pratiques : les contraintes de temps sont plus importantes, le nombre de personnes âgées polypathologiques augmente, l'information médicale est démocratisée par les média et internet, et la participation active des patients aux soins est valorisée.

Les médecins (1) (2), les patients (3) (4) et la science (5) reconnaissent les bénéfices d'une bonne communication médecin-patient :
elle améliore la santé physique, psychologique et la satisfaction des patients, tout en rendant le travail du médecin plus gratifiant et moins frustrant.

Cependant, différentes études sous-entendent l'existence de lacunes chez les médecins particulièrement dans le domaine de l'écoute.

On estime que 70% à 80% des plaintes et poursuites judiciaires médicales sont liées à des problèmes de relation ou de communication.(6)
Médecins et patients ne s'entendent sur les motifs de consultation que dans moins de 50% des cas.(7)
Les médecins reconnaissent eux-même que la communication avec les patients est une de leur principale difficulté (8) et que la prise en charge des préoccupations de leurs patients n'est pas une priorité pour eux.(1)

Nous pouvons nous demander à quoi sont liées ces difficultés de communication.
On ne retrouve que peu d'études en France dans ce domaine, et l'avis du patient a peu été étudié.
Comment les patients perçoivent-ils la prise en compte de leurs préoccupations par les médecins ?

Dans mon étude, en comparant l'avis des médecins et des patients sur les motifs de consultation, les préoccupations (craintes, croyances, et souhaits) éventuelles des patients, et le déroulement de la consultation, je tenterai :

- d'évaluer la qualité d'écoute des médecins.
- de déterminer l'influence des facteurs liés au déroulement de la consultation, aux patients , aux médecins sur la qualité d'écoute des médecins.
- de déterminer l'influence de la qualité d'écoute sur la satisfaction des patients et des médecins.

# MATERIEL ET METHODE

# 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

## 1.1 OBJECTIF PRINCIPAL:

L'objectif principal de mon étude est d'évaluer la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation.

Pour évaluer la qualité d'écoute, il faut d'abord définir les compétences s'y rapportant car il n'existe pas de définition « consensuelle» de la qualité d'écoute.
Un médecin qui écoute « bien » est selon moi, un médecin capable de percevoir les motifs de consultation et les préoccupations (craintes, croyances et souhaits) éventuelles de son patient.

Outils d'évaluation :

L'évaluation en communication est difficile car peu d'outils existent dans ce domaine.
J'ai élaboré un "score de qualité d'écoute" en me référant aux outils de communication répertoriés dans le guide de Calgary-Cambridge (établie en 1998 et révisée en 2003).(annexe 1)
Je définirai donc la qualité d'écoute comme la capacité du médecin à remplir 2 des fonctions décrites dans le guide de Calgary-Cambridge :

- l'« identification » des motifs de consultation du patient.
- le « recueil » de l'information.

- L'identification des motifs de consultation sera évaluée selon les 5 critères suivants :
  **Accord médecin-patient sur :**

  - **Item 1 :**
    la nature des motifs de consultation du patient.

  - **Item 2 :**
    le nombre des motifs de consultation.

  - **Item 3 :**
    la hiérarchisation des motifs de consultation du patient.

  - **Item 4 :**
    l'existence ou non, d'un motif évoqué uniquement à la fin de la consultation par le patient.

  - **Item 5 :**
    l'existence ou non, d'un problème que le patient n'a pas pu évoquer pendant la consultation.

- Le « recueil » de l'information sera évalué selon les 5 critères suivants :

**Accord médecin-patient sur :**

- **Item 6 :**
  l'existence ou non, chez le patient de craintes concernant ses problèmes de santé.

- **Item 7 :**
  l'existence ou non, chez le patient, d'idées sur la cause de ses problèmes de santé.

- **Item 8 :**
  l'existence ou non, chez le patient, d'idées sur le traitement de ses problèmes de santé.

- **Item 9 :**
  l'existence ou non, chez le patient, d'idées sur la gravité de ses problèmes de santé.

- **Item 10 :**
  l'existence ou non, chez le patient, de souhaits sur la prise en charge de ses problèmes de santé.

## 1.2 Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de mon étude sont :

- d'étudier l'influence des facteurs :
  - liés au déroulement de la consultation,
  - liés au médecin,
  - liés au patient,

  sur la qualité d'écoute du médecin.

- d'étudier l'influence de la qualité d'écoute sur la satisfaction du patient et du médecin.

# 2 METHODE :

## 2.1 TYPE D'ÉTUDE :

J'ai réalisé une étude :

Statistique : comprenant l'examen et le traitement de données numériques relatives à un type d'évènement non souhaité afin d'améliorer la connaissance du risque.

Analytique : elle vise à analyser des données en vue de répondre à une question spécifique, à comprendre la relation cause-effet et à établir un niveau de risque.

Prospective : partant d'une source de dysfonctionnement et tentant de retrouver les défaillances successives aboutissant à un accident.

Afin d'évaluer la qualité d'écoute du médecin, j'ai du comparer l'avis et le ressenti à la fois du médecin et du patient sur la même consultation.

L'utilisation d'un double questionnaire médecin-patient apparié m' a paru être la méthode de comparaison la plus adaptée.

## 2.2 POPULATION ÉTUDIÉE :

### 2.2.1 LES MÉDECINS :

L'étude concernait initialement 40 médecins généralistes libéraux exerçant dans les Landes.

J'ai réalisé un échantillon de 40 médecins à partir de la liste des médecins généralistes libéraux inscrits au répertoire ADELI de l'ordre des médecins des Landes le 1er janvier 2011.

*(J'ai obtenu la liste des médecins par le service études, statistiques et prospectives de l' Agence Régionale de Santé d'Aquitaine.)*

Critères de représentativité de l'échantillon :

| Caractéristiques | Médecins généralistes exerçant dans les Landes | Échantillon de 40 médecins |
|---|---|---|
| **Sexe:** | | |
| • Hommes | 68 % | 27 soit 67,5% |
| • Femmes | 32 % | 13 soit 32,5 % |
| **Ancienneté :** *nombre d'années depuis l'obtention de leur diplôme :* | | |
| • moins de 10 ans | 13 % | 5 soit 12,5 % |
| • 11 à 20 ans | 22 % | 9 soit 22,5 % |
| • 21 à 30 ans | 34 % | 14 soit 35 % |
| • plus de 30 ans | 31 % | 12 soit 30 % |
| **Secteur d'activité :** | | |
| • Rural : | 30 % | 12 soit 30 % |
| • Urbain : | 70 % | 28 soit 70 % |

### 2.2.2 Les patients :

Chaque médecin devait sélectionner 10 patients selon les critères suivants :

#### 2.2.2.1 Critères d'inclusion :

- Patient d'âge **supérieur ou égal à 18 ans,**
- consultant **seul,**
- **comprenant** la langue française,
- **capable de répondre** au questionnaire (sachant lire et écrire),
- **tout motif** de consultation était **valable (sauf consultation spécialisée : cure thermale, expertise médicale, acupuncture).**

#### 2.2.2.2 Critères d'exclusion :

- Patient âgé de **moins de 18 ans,**
- présence d'une **tierce personne** durant la consultation (accompagnant le patient, ou médecin stagiaire...),
- patient **ne comprenant pas** bien **la langue française,**
- patient **incapable de répondre** au questionnaire : illettré**, analphabète ou présentant des troubles cognitifs,**
- tout motif de consultation « spécialisée ».

## 2.3 Déroulement de l'étude :

L'étude s'est déroulée entre le 9 mai 2011, date d'envoi des dossiers aux 40 médecins, et le 5 septembre 2011, date de réception du dernier questionnaire patient.

13 médecins ont répondu spontanément après l'envoi du dossier par voie postale.

Après relance par téléphone (maximum 3 appels par médecin) du 14 au 24 juin 2011, auprès des 27 médecins n'ayant pas répondu à mon étude :

- 5 médecins supplémentaires ont participé à l 'étude.
- 1 médecin m'a répondu qu'il allait participer ; mais ne l'a pas fait.
- 3 médecins ont exprimé leur refus pour les raisons suivantes :
  par manque de temps surtout, par manque d'intérêt pour le sujet, par réticence par rapport au jugement des patients.
- pour 20 médecins : je n'ai pu joindre que les secrétaires. Je n'ai eu aucun rappel de la part des médecins pour me donner une réponse positive ou négative sur leur participation.
- Pour 2 médecins : je n'ai pu joindre ni les secrétaires ni les médecins à cause de problèmes de réseaux téléphoniques.

## 2.4 Protocole de l'étude :

### 2.4.1 Envoi du dossier « médecin »:

J'ai envoyé un dossier par voie postale à chacun des 40 médecins, sans contact préalable.

Le dossier adressé à chaque médecin contenait :

- une lettre de présentation : (annexe 2) expliquant les objectifs de mon travail de thèse,
- un mode d'emploi des questionnaires (annexe 3) détaillant le déroulement de l'étude,
- une fiche de renseignement sur le médecin (annexe 4) précisant l'âge, le sexe, le secteur d'activité et la formation du médecin,
- 10 doubles questionnaires médecin patient appariés (annexe 5 et 5 bis),
- une enveloppe affranchie pour le retour des questionnaires médecin.

#### 2.4.2 Conditions de distribution des questionnaires :

- Le médecin devait choisir 10 patients selon les critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis.
- En toute fin de consultation, après avoir obtenu le **consentement oral** de son patient, le médecin devait lui remettre l'enveloppe blanche affranchie, numérotée contenant le questionnaire « patient ».
- Les questionnaires devaient être distribués par le médecin sur une période maximum de 2 semaines consécutives, durant les mois de mai et juin 2011,
- avec un minimum de 2 doubles questionnaires par jour (2 à 10 questionnaires/j),
- les jours de distribution ne devaient pas être obligatoirement consécutifs mais devaient représenter des journées de travail habituelles (stress, charge de travail).

#### 2.4.3 Conditions de remplissage des questionnaires :

##### 2.4.3.1 Par le patient :

Chaque patient devait remplir son questionnaire seul, au cabinet médical ou à son domicile, mais le **plus rapidement possible** après la consultation pour garantir une meilleure validité des réponses (éviter les oublis).

##### 2.4.3.2 Par le médecin :

Chaque médecin devait remplir son questionnaire « médecin » apparié, **immédiatement après la consultation, seul, en dehors de la présence de son patient.** Il devait le conserver jusqu'à ce qu'il ait rempli ses 9 autres questionnaires.

#### 2.4.4 Conditions de restitution des questionnaires :

##### 2.4.4.1 Par le patient :

Chaque patient m'a retourné son questionnaire directement par **voie postale** pour garantir un **anonymat complet (mon adresse était inscrite sur l'enveloppe patient affranchie).**

##### 2.4.4.2 Par le médecin :

Chaque médecin m'a renvoyé ses 10 questionnaires « médecin » complétés, avec sa fiche de renseignement individuelle, dans l'enveloppe affranchie prévue à cet effet, par voie postale également.

## 2.5 Recueil des données :

Le recueil des données et l'analyse statistique de mon étude ont été réalisés à l'aide du tableur d'Open Office.

Pour déterminer la valeur statistique de mes résultats, j'ai utilisé :

**Le test de Student** : test paramétrique univarié qui permet la comparaison des moyennes de deux échantillons indépendants. L'utilisation de ce test a nécessité au préalable la vérification de la distribution gaussienne des échantillons, et la vérification d'homogénéité des variances.

J'ai rédigé ma thèse grâce au traitement de texte d' Open Office.

# 3 MATERIEL : PRESENTATION DU DOUBLE QUESTIONNAIRE :

## 3.5 Présentation générale :

Agrafe

Numérotation du questionnaire :
de 1.1 à 1.10
pour le médecin 1 par exemple

1.10

**QUESTIONNAIRE PATIENT**

Ce questionnaire **anonyme** et **confidentiel**, ne sera pas lu par votre médecin.

Il est destiné à la réalisation d'une **thèse** en médecine générale.

| **Age :** ans ; | **Sexe:** M / F ; | **Profession :** |
|---|---|---|

**I. Depuis combien de temps êtes-vous suivi par le médecin que vous avez consulté?**

C'est la première fois | Moins d'un an | de 1 à 5 ans | plus de 5 ans

**II. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin?**

Moins d'une fois par an | tous les 6 mois | tous les 2-3 mois

tous les mois | plus d'une fois par mois

Informations sur le patient

Questions utilisées pour l'étude de l'influence des **facteurs liés au patient** sur la **qualité d'écoute** du médecin

**III. QUESTIONS SUR CETTE CONSULTATION :**

3. Quelle est votre **satisfaction globale** concernant cette consultation ?

**Très satisfait** | **Satisfait** | **Peu satisfait** | **Pas du tout satisfait**

Question utilisée pour l'évaluation de l'influence de la **qualité d'écoute sur la satisfaction** du patient

4. Quel(s) était(ent) votre(vos) **motif(s)** de la **consultation d'aujourd'hui**?
(y compris ceux dont vous n'avez pas pu parler au médecin aujourd'hui, s'il y en a.)
Classez-les **du plus préoccupant au moins préoccupant** selon vous :

- -
- -
- -
- -
- -
-

Question utilisée
(appariée à la question 2 du questionnaire médecin )
pour le **calcul du score de qualité d'écoute**

*Question interrogative indirecte*

5. Y a t-il un ou plusieurs **problèmes** dont vous n'avez parlé **qu'en toute fin** de consultation?

**NON**

**OUI** si **OUI** : le(s)quel(s):

6. Y a t-il un ou plusieurs **problèmes** dont vous **n'avez pas parlé** pendant cette consultation?

**NON**

**OUI** si **OUI**, précisez pourquoi: par manque de **temps** pendant la consultation

parce que vous étiez trop **stressé ou angoissé**

autre: précisez :

7. **Avant** la consultation, aviez-vous des **craintes** par rapport à votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?

**NON**

**OUI** si **OUI**, en avez-vous **parlé** avec le médecin ? **OUI**

**NON**

le médecin vous a t-il **rassuré**? **OUI**

**NON**

8. **Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur :

- les **causes** possibles de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?

**NON**

**OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? **OUI**

**NON**

**Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur **:**

- le **traitement** éventuel de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?

**NON**

**OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? **OUI**

**NON**

**Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur :

- la **gravité** de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?

**NON**

**OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? **OUI**

**NON**

6.bis Connaissez-vous une personne « **proche** » (ami, famille) ayant eu le **même problème** de santé que vous?

**OUI**

**NON**

*Question interrogative directe*

*Question fermée à choix multiple*

*Question fermée de faits*

Questions utilisées, appariées au questionnaire médecin pour le calcul du **score de qualité d'écoute**

9. <u>Avant la consultation</u>, aviez-vous des **<u>souhaits</u>** sur la prise en charge de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?

**NON**

**OUI** si **OUI**, les avez-vous clairement **exprimés** au médecin? **OUI**

**NON**

le médecin les a-t-il **respectés**? **OUI**

**NON**

Question utilisée, appariée au questionnaire médecin pour le calcul du **<u>score</u>** **<u>de qualité d'écoute</u>**

10. Estimez la **<u>durée</u>** de la consultation : minutes

Selon vous, la consultation a-t-elle été trop courte? **OUI**

**NON**

*Question ouverte numérique*

11. Pendant cette consultation, **<u>votre</u> temps de parole** a été:

**Suffisant** **Insuffisant**

12. Pendant que vous **<u>parliez</u>**,

- le médecin **<u>vous regardait</u>** avec attention:

tout le temps souvent jamais

- le médecin était **<u>occupé</u>** à autre chose :

tout le temps souvent jamais

- le médecin a été **<u>interrompu</u>** par un élément extérieur :

**NON**

**OUI** si **OUI**, cela vous a t'il gêné? **OUI**

**NON**

10 bis. L'utilisation de l'**<u>ordinateur</u>** par le médecin pendant la consultation vous a-t-elle gênée?

**OUI** **NON**

13. Le médecin **<u>vous</u>** a-t-il **<u>coupé la parole</u>** (pendant que **<u>vous parliez</u>**)?

**NON**

**OUI,** si **OUI** **une seule** fois

**plusieurs** fois

14. Les **<u>mots</u>** utilisés par le médecin étaient-ils **<u>faciles à comprendre</u>**?

**OUI**

**NON** si **NON** , avez-vous demandé des **<u>explications</u>** ? **OUI**

**NON**

Questions utilisées pour l'étude de l'influence des **<u>facteurs liés au déroulement de la consultation</u>** sur la <u>qualité d'écoute du médecin</u>

<u>Les questions ouvertes de faits et numériques</u> permettent un libre choix de réponse, donnent un maximum d'information, et entrainent un minimum d'influence.

<u>Les questions fermées simples, et fermées à choix multiples</u> obligent à répondre de façon tranchée mais facilitent l'analyse des données.

Seule la première page du questionnaire médecin diffère du questionnaire patient.

1.10

Numéro du questionnaire médecin (identique au questionnaire patient apparié)

# QUESTIONNAIRE MEDECIN

**Les questions suivantes concernent cette dernière consultation.**

**Veuillez cocher les cases correspondant à vos réponses.**

Cette consultation a eu lieu en : début / milieu / fin **de matinée** ; début / milieu / fin **d'après-midi**

Question utilisée pour l'étude de l'influence des facteurs **liés au déroulement de la consultation** sur la qualité d'écoute

I. **Avant la consultation**, vous étiez :

a. en retard **OUI** **NON**

b. préoccupé (par un problème personnel ou un problème avec un autre patient) **OUI** **NON**

c. fatigué **OUI** **NON**

II. Pendant la consultation, la situation présentée par le patient vous a-t-elle évoquée une **expérience vécue personnellement**?

**NON**

**OUI,** si OUI

cela vous a plutôt **aidé** pendant la consultation

cela vous a plutôt **gêné** pendant la consultation

cela n'a **pas eu d'influence** sur la consultation

Questions utilisés pour l'étude de l'influence des **facteurs liés au médecin** sur la qualité d'écoute

III. **QUESTIONS SUR CETTE CONSULTATION :**

- Quelle est **votre satisfa ction globale** concernant cette consultation ?

**Très satisfait** **Satisfait** **Peu satisfait** **Pas du tout satisfait**

- **D'après-vous, quel(s) était(ent) le(s) motif(s) de consultation de votre patient aujourd'hui?**

Citez-les du plus préoccupant au moins préoccupant **pour le patient:**

- -
- -
- -
- -

Question utilisée pour l'étude de l'influence de la **qualité d'écoute sur la satisfaction du médecin**

## 3.6 Contenu des questionnaires :

### 3.6.1 Questions en rapport avec l' objectif principal : Evaluer la qualité d'écoute :

J'ai défini précédemment la qualité d'écoute du médecin comme sa capacité à identifier les motifs de consultation de son patient, et à recueillir les informations utiles pour percevoir ses préoccupations éventuelles.

Ces 2 capacités sont évaluées à travers 10 items.

J'ai ensuite calculé un « score » de qualité d'écoute en attribuant, de façon arbitraire, un point par item lorsqu'il y a accord entre les réponses du médecin et celles du patient à la même question.

**Correspondance entre les questions du double questionnaire et les items du score de qualité d'écoute :**

La question n°2 du questionnaire médecin patient :

2. Quel(s) était(ent) votre(vos) **motif(s)** de la **consultation d'aujourd'hui**?
*(y compris ceux dont vous n'avez pas pu parler au médecin aujourd'hui, s'il y en a.)*

Classez-les **du plus préoccupant au moins préoccupant** selon vous :

- -
- -
- -
- -
- -
-

a permis d'étudier les 3 premiers items du score de qualité d'écoute :

- **Item 1 :** accord médecin-patient sur la nature des motifs de consultation du patient.
- **Item 2 :** accord médecin-patient sur le nombre des motifs de consultation du patient.
- **Item 3 :** accord médecin-patient sur la hiérarchisation des motifs de consultation du patient.

Préparation à l'analyse des résultats :

Pour faciliter l'interprétation des résultats, j'ai réalisé 2 types de classification concernant la nature des motifs de consultation :

- Une classification selon la nature même du motif : classification CISP-2 [1] (annexe 6)
- Une classification selon la nature :
  - aigüe
  - chronique
  - ou mixte des motifs de consultation.

La question n°3 du questionnaire médecin-patient :

> 3. Y a t-il un ou plusieurs **problèmes** dont vous n'avez parlé **qu'en toute fin** de consultation?
>
> ☐ **NON**
> ☐ **OUI** si **OUI** : le(s)quel(s):

a permis d'étudier l'item 4 du score de qualité d'écoute **:**

- **item 4** : accord médecin-patient sur la présence ou non, d'un problème évoqué par le patient qu'en toute fin de consultation.

La question n°4 du questionnaire médecin-patient :

> 4. Y a t-il un ou plusieurs **problèmes** dont vous **n'avez pas parlé** pendant cette consultation?
>
> ☐ **NON**
> ☐ **OUI** si **OUI**, précisez pourquoi:
> ☐ par manque de **temps** pendant la consultation
> ☐ parce que vous étiez trop **stressé ou angoissé**
> ☐ autre : précisez :

a permis d'étudier l'item 5 du score de qualité d'écoute :

- **item 5** : accord médecin-patient sur l'existence ou non, d'un problème dont le patient n'a pas pu parler pendant la consultation.

---

1 CISP : Classification Internationale en Soins Primaires

La question n°5 du questionnaire médecin-patient :

**5. Avant** la consultation, aviez-vous des **craintes** par rapport à votre(vos) problème(s) de santé actuel(s)?

☐ **NON**
☐ **OUI** si **OUI**, en avez-vous **parlé** avec le médecin ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

le médecin vous a t-il **rassuré**? ☐ **OUI** ☐ **NON**

a permis d'étudier l'item 6 du score de qualité d'écoute :

- **item 6** : accord médecin-patient sur l'existence ou non de craintes, par le patient, concernant ses problèmes de santé.

La question n°6 du questionnaire médecin-patient :

6. **Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur :

- les **causes** possibles de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?
  ☐ **NON**
  ☐ **OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? ☐ **OUI** ☐ **NON**

**Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur **:**

- le **traitement** éventuel de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?
  ☐ **NON**
  ☐ **OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? ☐ **OUI** ☐ **NON**

**Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur :

- la **gravité** de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?
  ☐ **NON**
  ☐ **OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? ☐ **OUI** ☐ **NON**

a permis d'étudier les items 7, 8 et 9 du score de qualité d'écoute :

- **item 7** : accord médecin-patient sur l'existence ou non, chez le patient, d' idées sur la cause de ses problèmes de santé.

- **item 8** : accord médecin-patient sur l'existence ou non, chez le patient, d' idées sur le traitement de ses problèmes de santé.

- **item 9** : accord médecin-patient sur l'existence ou non, chez le patient, d' idées sur la gravité de ses problèmes de santé.

La question n°7 du questionnaire médecin-patient :

> 7. Avant la consultation, aviez-vous des **souhaits** sur la prise en charge de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?
>
> ☐ **NON**
> ☐ **OUI** si **OUI**, les avez-vous clairement **exprimés** au médecin? ☐ **OUI** ☐ **NON**
>
> le médecin les a-t-il **respectés**? ☐ **OUI** ☐ **NON**

a permis d'étudier l'item 10 du score de qualité d'écoute :

- **item 10** : accord médecin-patient sur l'existence ou non de souhaits de la part du patient concernant ses problèmes de santé.

### 3.2.2 Questions en rapport avec mes objectifs secondaires : Etudier les facteurs influençant la qualité d'écoute :

#### 3.2.2.1 Étude de l'influence des facteurs liés au déroulement de la consultation sur la qualité d'écoute :

a- **Durée perçue** de la consultation :

élément étudié dans la question n°8 du double questionnaire :

> 8. Estimez la **durée** de la consultation : minutes
> Selon vous, la consultation a-t-elle été trop courte? ☐ **OUI** ☐ **NON**

b- **Temps de parole** accordé au patient :

élément étudié dans la question n°9 du double questionnaire :

> 9. Pendant cette consultation, **votre temps de parole** a été:
> ☐ **Suffisant** ☐ **Insuffisant**

c- **Attitude non verbale** du médecin :

- **Attention du médecin :**

élément étudié dans la question n°10 du double questionnaire

> 10. Selon vous, pendant que le **patient parlait,**
>
> ▪ vous l'avez regardé **avec attention** :
> ☐ tout le temps ☐ souvent ☐ jamais
>
> ▪ vous étiez **occupé** à autre chose :
> ☐ tout le temps ☐ souvent ☐ jamais

- **Utilisation de l'ordinateur :**

élément étudié dans la question n°10 bis du double questionnaire

> 10 bis. L'utilisation de l**'ordinateur** par le médecin pendant la consultation vous a-t- elle gênée?
> ☐ **OUI** ☐ **NON**

Préparation à l'analyse des résultats :

Pour simplifier l'interprétation des résultats, j'ai défini :

une « attitude non verbale positive » quand le médecin :

- regardait son patient avec attention : « tout le temps » ou « souvent »
- était occupé à autre chose : « jamais »

une « attitude non verbale négative » quand le médecin :

- regardait son patient avec attention : « jamais »
- était occupé à autre chose : « souvent » ou « tout le temps »

d- **Attitude verbale** du médecin :

- **Interruption du patient par le médecin :**

élément étudié dans la question n°11 du double questionnaire :

> 11. Le médecin **vous** a-t-il **coupé la parole** (pendant que **vous parliez)**?
> ☐ **NON**
> ☐ **OUI,** si **OUI** ☐ **une seule** fois
> ☐ **plusieurs** fois

- **Langage utilisé par le médecin :**

élément étudié dans la question n°12 du double questionnaire :

12. Les **mots** utilisés par le médecin étaient-ils **faciles à comprendre**?
☐ **OUI**
☐ **NON** si **NON** , avez-vous demandé des **explications** ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

**e- Interruption par un élément extérieur :**

élément étudié dans un des items de la question n°10 du double questionnaire :

- le médecin a été **interrompu** par un élément extérieur :
☐ **NON**
☐ **OUI** si **OUI**, cela vous a t-il gêné? ☐ **OUI** ☐ **NON**

**f- Horaire** de la consultation :

élément étudié dans la question préliminaire du questionnaire médecin **:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cette consultation a eu lieu en : | début<br>milieu<br>fin | **de matinée** | début<br>milieu<br>fin | **d'après-midi** |

3.2.2.2 Étude de l'influence des facteurs liés au médecin sur la qualité d'écoute :

a- **Age** du médecin :
b- **Sexe** du médecin :
c- **Type et secteur d'activité** du médecin :
d- **Formation** du médecin :

e- Prédispositions du médecin :

Eléments étudiés dans les questions de la fiche de renseignement individuelle de chaque médecin.

éléments étudiés dans la question I du questionnaire médecin :

I. **Avant la consultation**, vous étiez :

d. en retard ☐ **OUI**
☐ **NON**

e. préoccupé (par un problème personnel ou un problème avec un autre patient)
☐ **OUI**
☐ **NON**

f. fatigué ☐ **OUI**
☐ **NON**

f- Situations évoquant une **expérience personnelle** :

élément étudié dans la question II du questionnaire médecin :

II. Pendant la consultation, la situation présentée par le patient vous a-t-elle évoquée une **expérience vécue personnellement**?
☐ **NON**
☐ **OUI,** si OUI
☐ cela vous a plutôt **aidé** pendant la consultation
☐ cela vous a plutôt **gêné** pendant la consultation
☐ cela n'a **pas eu d'influence** sur la consultation

Préparation à l'analyse des résultats :
pour faciliter l'interprétation des résultats, j'ai classé les médecins selon les tranches d'âge suivantes :

- 30 à 39 ans,
- 40 à 49 ans,
- 50 à 59 ans,
- plus de 60 ans.

3.2.2.3 Étude de l'influence des facteurs liés au patient, sur la qualité d'écoute :

a- L'**age :**
b- Le **Sexe** :
c- La **catégorie socio professionnelle** :
d- L'**ancienneté de la relation** :

} Eléments étudiés dans les questions préliminaires et les questions I et II du questionnaire patient

**Age :** ans ; **Sexe:** M / F ; **Profession :**

**I. Depuis combien de temps êtes-vous suivi par le médecin que vous avez consulté?**

☐ C'est la première fois ☐ Moins d'un an ☐ de 1 à 5 ans plus de 5 ans

**II. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin?**

☐ Moins d'une fois par an ☐ tous les 6 mois ☐ tous les 2-3 mois
☐ tous les mois ☐ plus d'une fois par mois

Préparation à l'analyse des résultats :

**Age :**
Pour faciliter l'interprétation des résultats, j'ai classé les patients selon les tranches d'âge suivantes :

- moins de 60 ans
- 61 à 70 ans
- 71 à 80 ans
- plus de 80 ans

**Situation professionnelle :**
Pour faciliter l'interprétation des résultats, j'ai classé les professions des patients selon les 8 catégories socioprofessionnelles listées par l'INSEE :

| Code | Libellé |
|---|---|
| 1 | Agriculteurs exploitants |
| 2 | Artisans, commerçants et chefs d'entreprise |
| 3 | Cadres et professions intellectuelles supérieures |
| 4 | Professions intermédiaires |
| 5 | Employés |
| 6 | Ouvriers |
| 7 | Retraités |
| 8 | Autres personnes sans activité professionnelle |

**Ancienneté de la relation :**
Pour faciliter l'interprétation des résultats, j'ai défini 2 types de relation en fonction de l'ancienneté de la relation et la fréquence de consultation des patients

- relation établie :

  Patients suivis depuis plus de 5 ans par leur médecin quelque soit la fréquence de consultation.
  Patients suivis depuis 1 à 5 ans par leur médecin et consultant au moins tous les 2 à 3 mois.

- relation débutante :

  Patients suivis depuis 1 à 5 ans par leur médecin et consultant au maximum tous les 6 mois.
  Patients suivis depuis moins d'1 an quelle que soit la fréquence de consultation.

#### 3.2.2.4 Étude de la satisfaction du patient et du médecin :

La satisfaction du patient et la satisfaction du médecin ont été étudiées dans les questions n°1 du double questionnaire :

1. Quelle est **votre satisfaction globale** concernant cette consultation ?
☐ **Très satisfait** ☐ **Satisfait** ☐ **Peu satisfait** ☐ **Pas du tout satisfait**

# RESULTATS

# 1 POPULATION CONCERNEE PAR L'ETUDE :

## 1.1 TAUX DE PARTICIPATION :

18 médecins ont participé à l'étude.

17 médecins ont renvoyé leurs 10 questionnaires.
1 médecin n'a renvoyé que 8 questionnaires sur 10.

Pour 3 médecins, leurs 10 patients ont retourné leur questionnaire.
Pour 4 médecins, 9 des 10 patients ont retourné leur questionnaire.
Pour 6 médecins, 8 des 10 patients ont retourné leur questionnaire.
Pour 3 médecins, 7 des 10 patients ont retourné leur questionnaire.
Pour 2 médecins, seulement 6 patients ont retourné leur questionnaire.

La moyenne de retour des questionnaires est de 8,06 par médecin, allant de 6 à 10 par médecin.

Nombre total de questionnaires médecin : 178
Nombre total de questionnaires patient : 147
Nombre total de questionnaires appariés médecin patient : 147

Mes résultats concerneront uniquement les 147 questionnaires médecin-patient appariés.

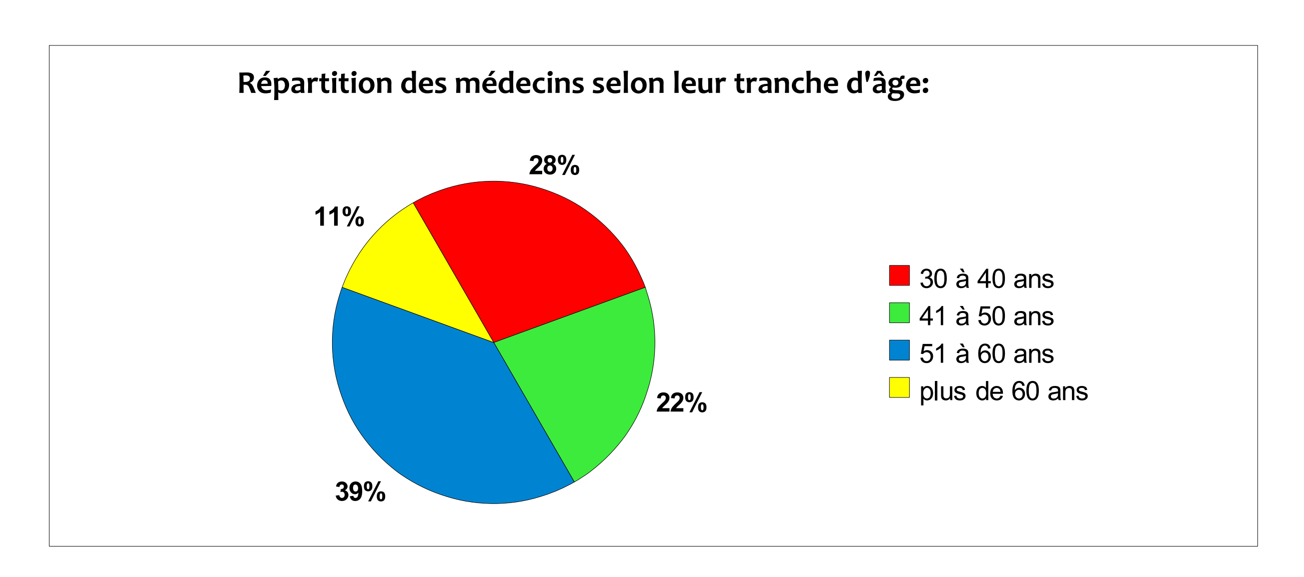
## 1.2 Caractéristiques des médecins ayant participé :

### 1.2.1 Age des médecins :

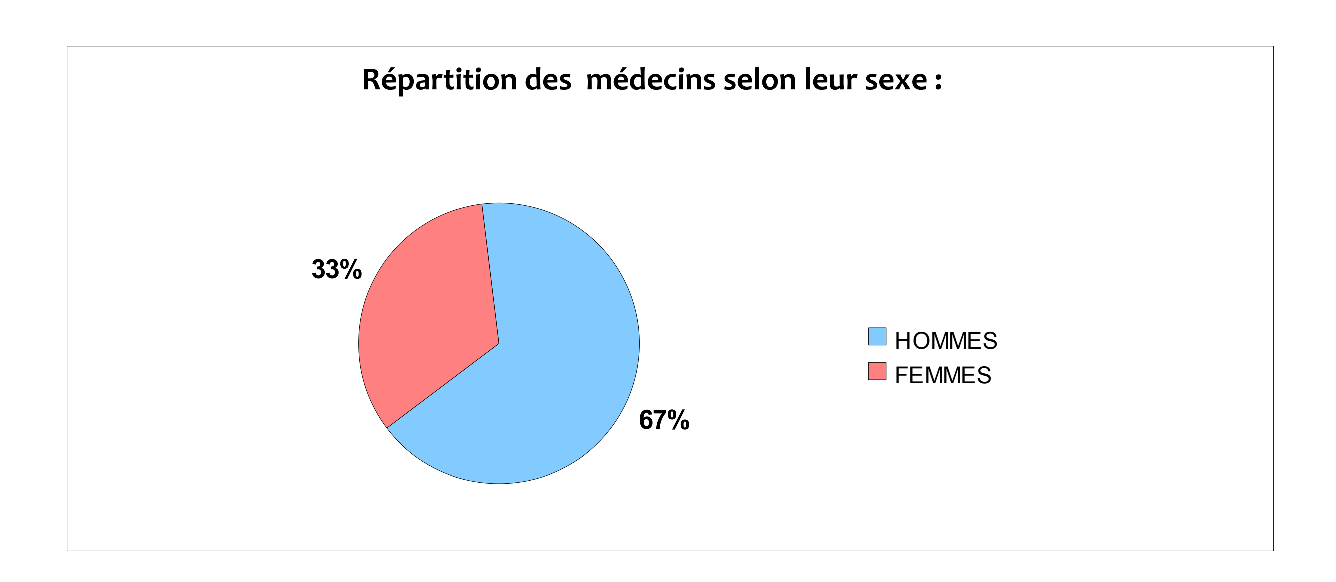
La moyenne d'âge des médecins interrogés est de **49** ans.
Le plus jeune a **33** ans et le plus âgé a 66 ans.

Sur 18 médecins **:**

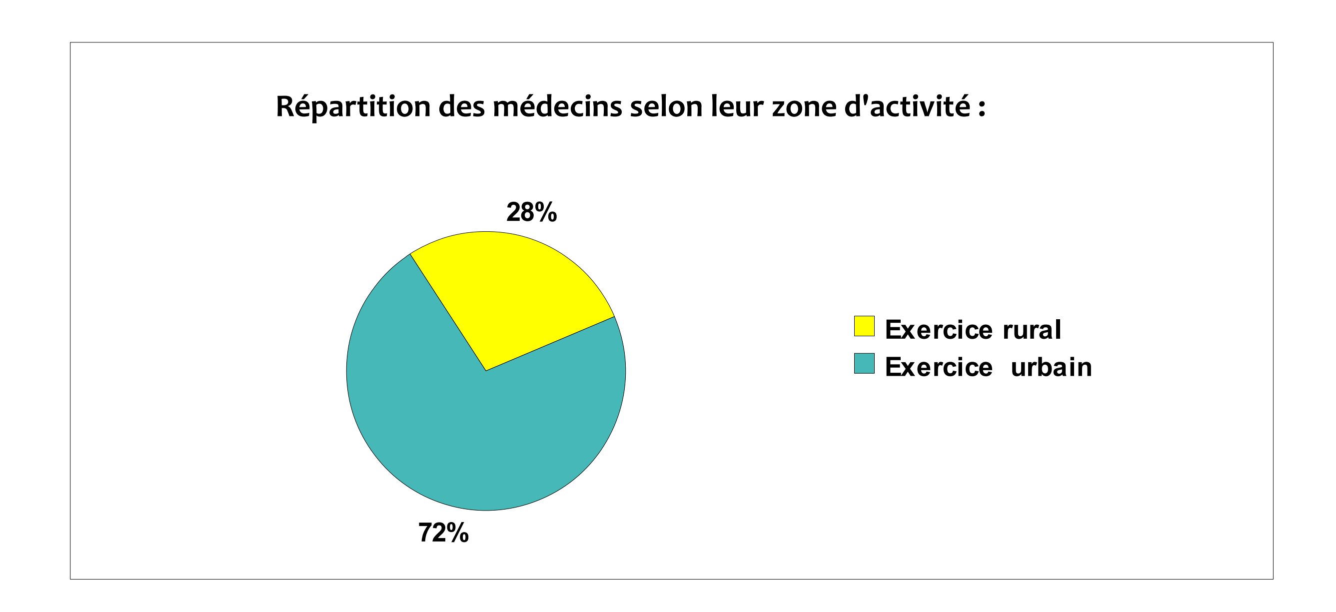
5 sont âgés de 30 à 40 ans.
4 sont âgés de 41 à 50 ans.
7 sont âgés de 51 à 60 ans.
2 sont âgés de plus de 60 ans.

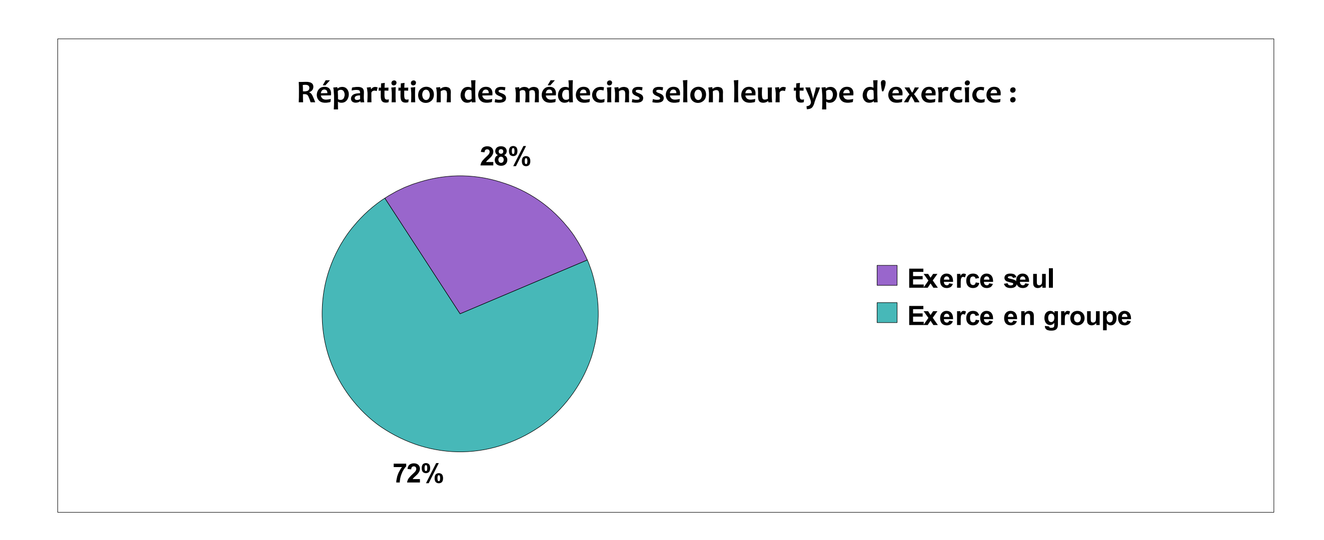


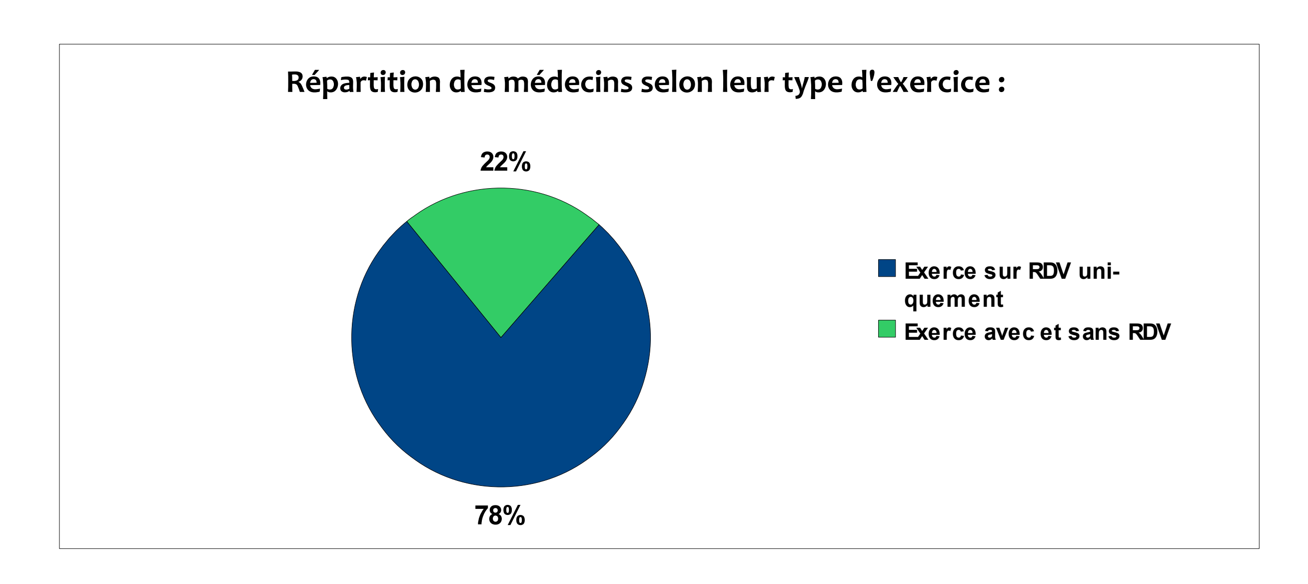

### 1.2.2 Sexe des médecins :



### 1.2.3 Exercice des médecins :



### 1.2.4 Formation médicale des médecins :

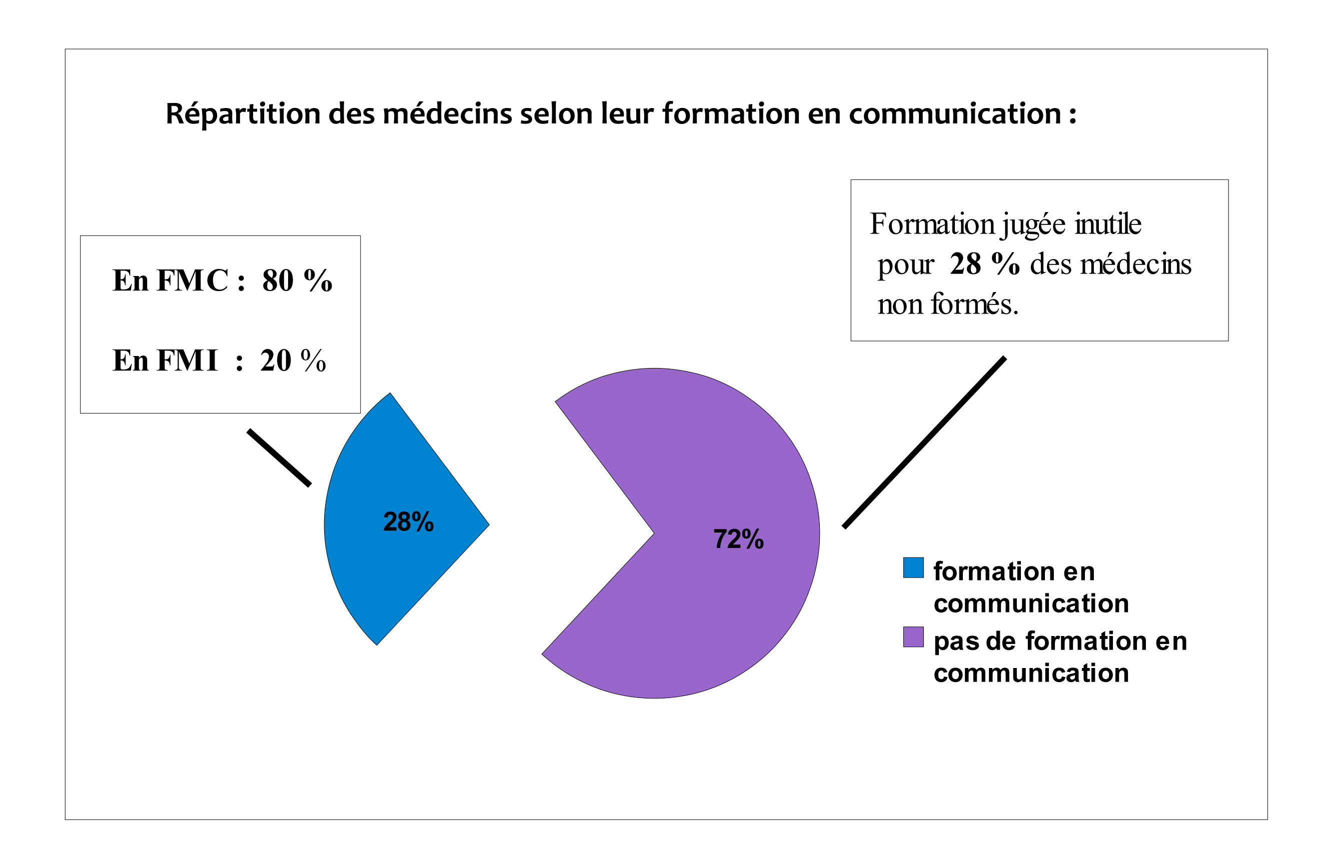
Sur 18 médecins :

5 médecins ont suivi une formation médicale en communication :

- 4 au cours d'une formation médicale continue.
- 1 au cours de sa formation initiale.

Les 5 médecins ayant suivi une formation en communication l'ont jugé utile.

13 médecins n'ont jamais reçu de formation médicale en communication.
Parmi eux, 4 jugent la formation en communication inutile.




### 1.2.5 Prédisposition des médecins :

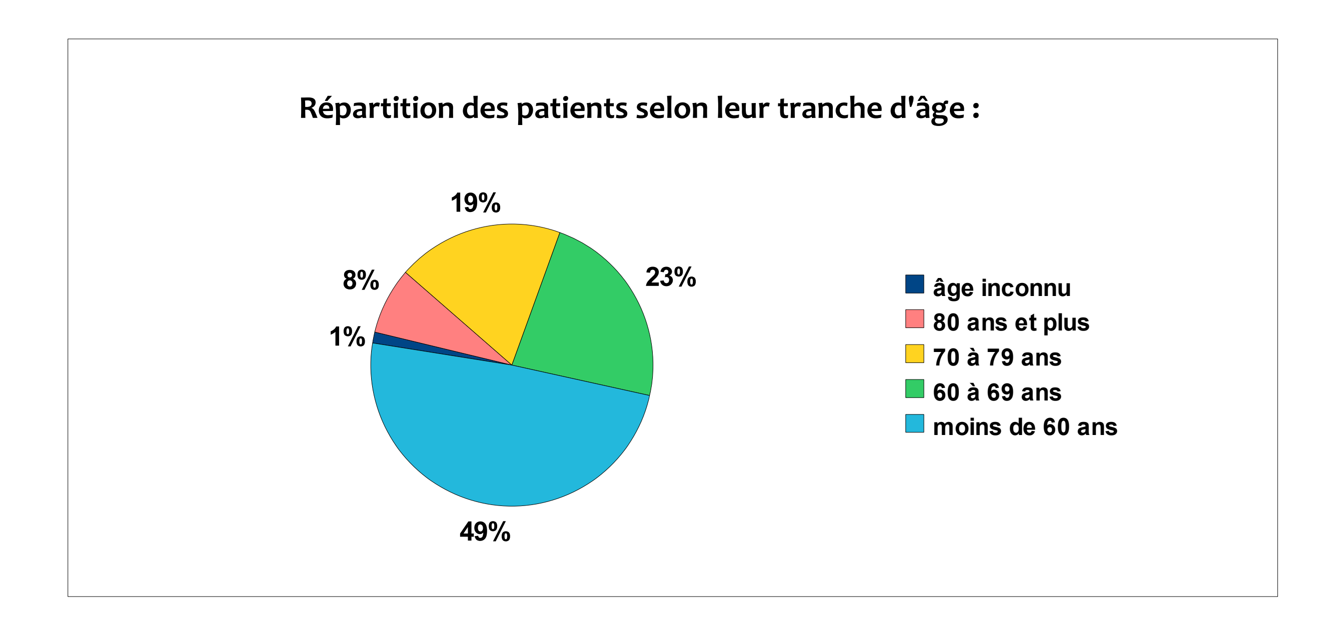
Sur 147 consultations, les médecins ont déclaré être :

| | |
|---|---|
| en retard : | 39 fois : dans 26% des cas. |
| fatigués : | 34 fois : dans 23% des cas. |
| préoccupés : | 24 fois : dans 16% des cas. |
| ni en retard, ni fatigués, ni préoccupés : | 68 fois : dans 46% des cas. |

## 1.3 Caractéristiques des patients ayant participé à l'étude :

### 1.3.1 Age des patients :

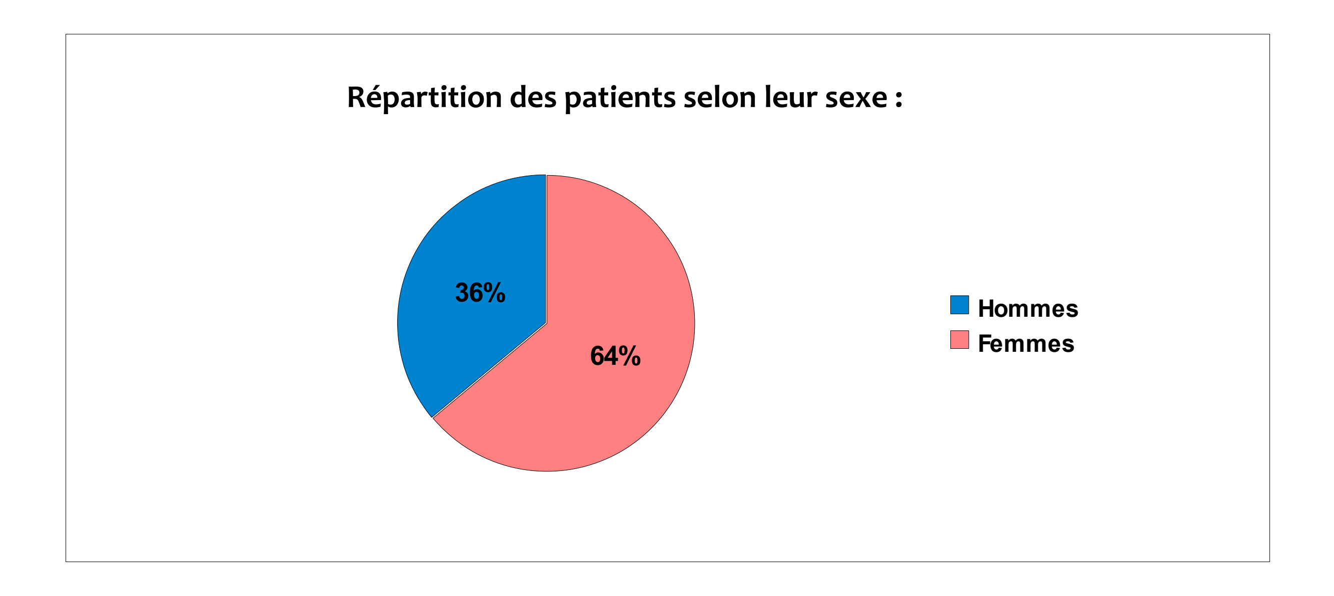
La moyenne d'âge des patients ayant participé à l'étude est de **58** ans.
Le patient le plus jeune avait **21** ans et le patient le plus âgé avait **91** ans.




### 1.3.2 Sexe des patients :

Sur **147** patients :

**53** étaient des hommes.
**94** étaient des femmes.



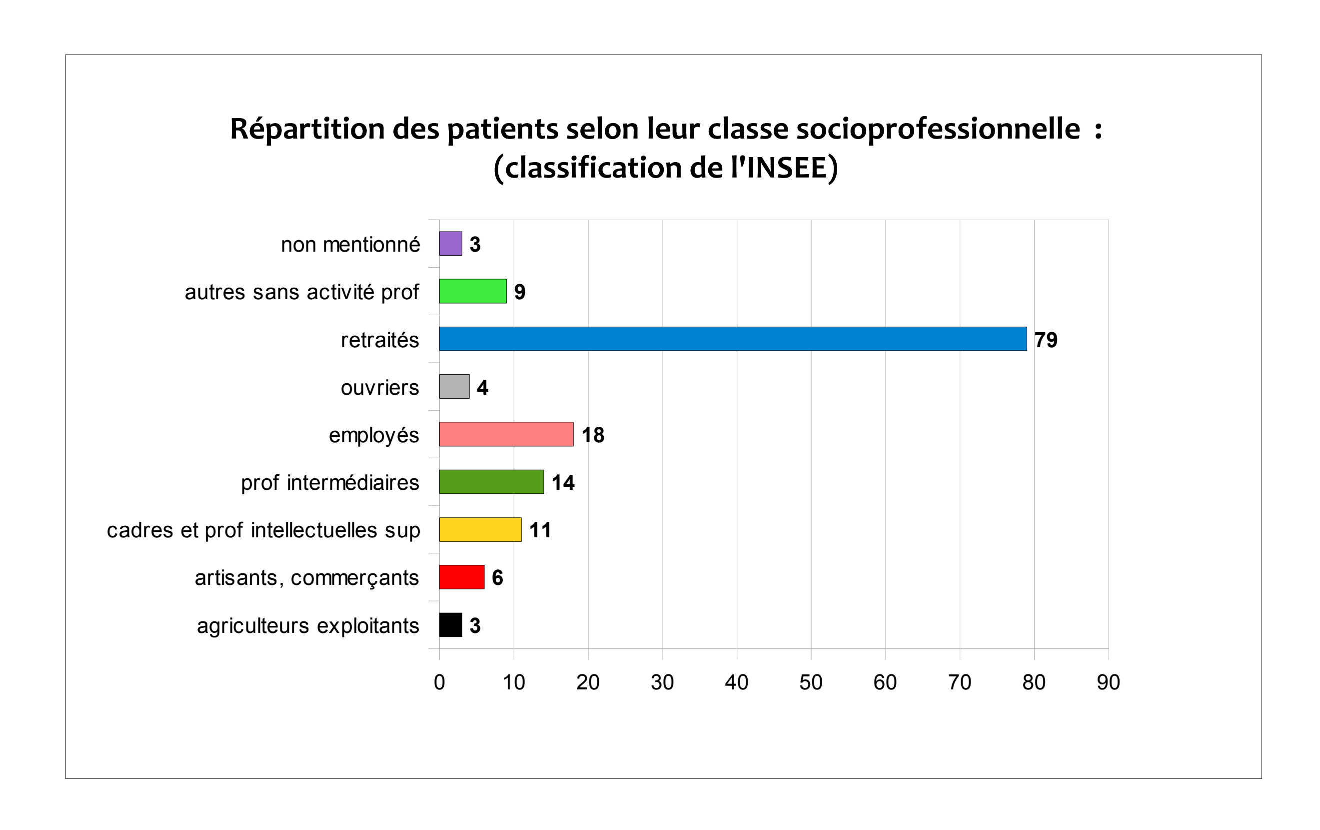
### 1.3.3 Catégorie socioprofessionnelle des patients :

J'ai classé les patients en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle selon les 8 catégories listées par l'INSEE.

Les résultats sont figurés dans le tableau ci-dessous :

| Code | Libellé | Nombre de patients |
|---|---|---|
| 1 | Agriculteurs exploitants | 3 (2%) |
| 2 | Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 6 (4%) |
| 3 | Cadres et professions intellectuelles supérieures | 11 (7%) |
| 4 | Professions intermédiaires | 14 (10%) |
| 5 | Employés | 18 (12%) |
| 6 | Ouvriers | 4 (3%) |
| 7 | Retraités | 79 (54%) |
| 8 | Autres personnes sans activité professionnelle | 9 (6%) |

3 patients n'ont pas mentionné leur profession soit 2%



### 1.3.4 Ancienneté de la relation avec leur médecin :

Sur 147 patients, le nombre de patient consultant leur médecin :

- pour la 1ère fois est de : 2
- depuis moins d'un an est de : 11
- depuis 1 à 5 ans est de : 47
- depuis plus de 5 ans est de : 87

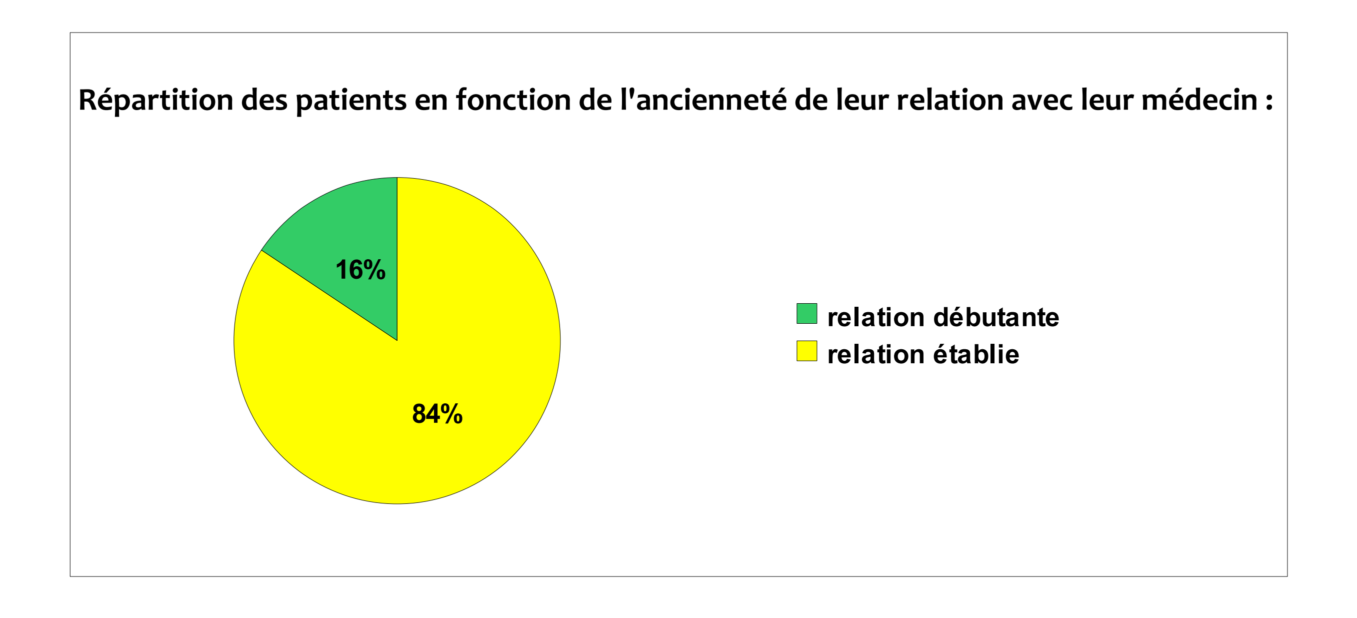
Sur 147 patients, le nombre de patients consultant leur médecin :

- plus d'une fois par mois est de : 7
- 1 fois par mois est de : 35
- tous les 2 à 3 mois est de : 73
- tous les 6 mois est de : 27
- 1 fois par an est de : 5

Selon les 2 types de relation définis précédemment :

- relation établie: 124 patients sur 147

- relation débutante : 23 patients sur 147

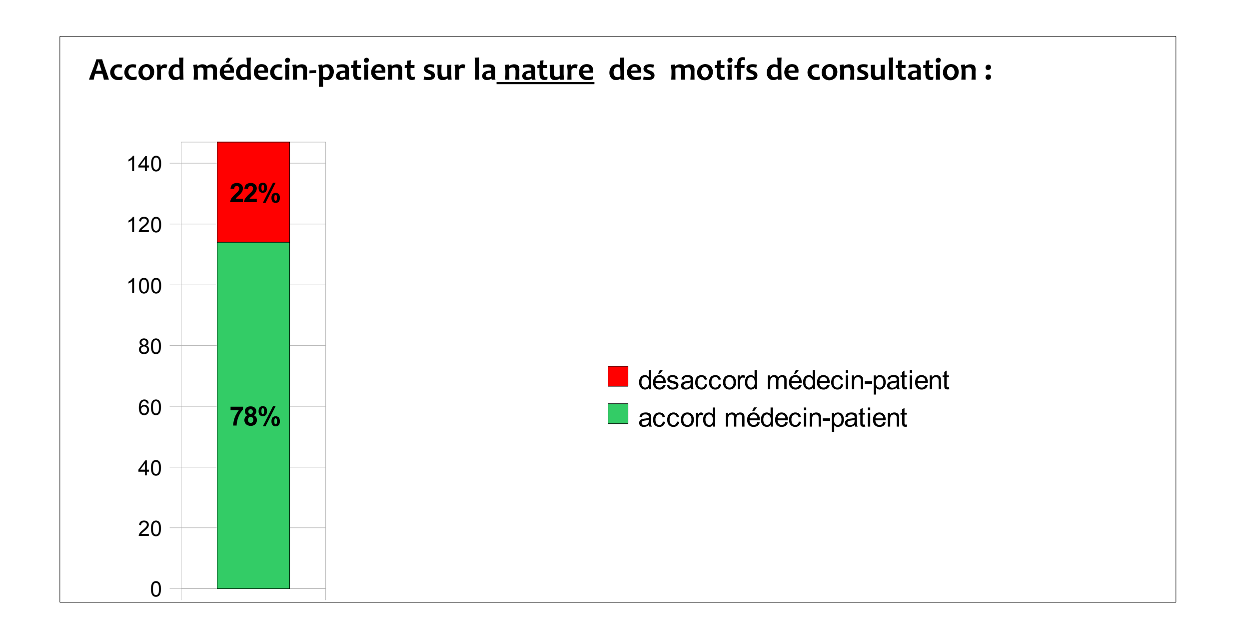


# 2 CALCUL DU SCORE DE QUALITE D'ECOUTE :

## 2.1 Résultats pour chaque item du score :

**Item 1 : Accord médecin-patient sur la nature des motifs de consultation :**

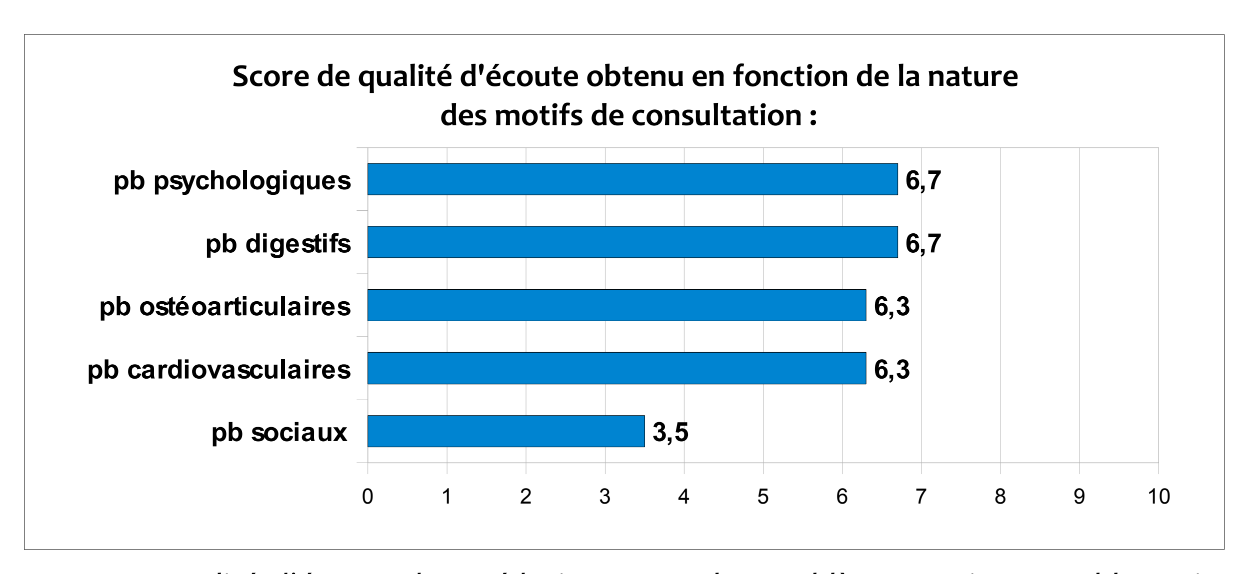
Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur la nature des motifs de consultation : **114 fois.**




J'ai classé les motifs de consultation selon leur nature (p.48), puis selon leur caractère aigu ou chronique (p.49)

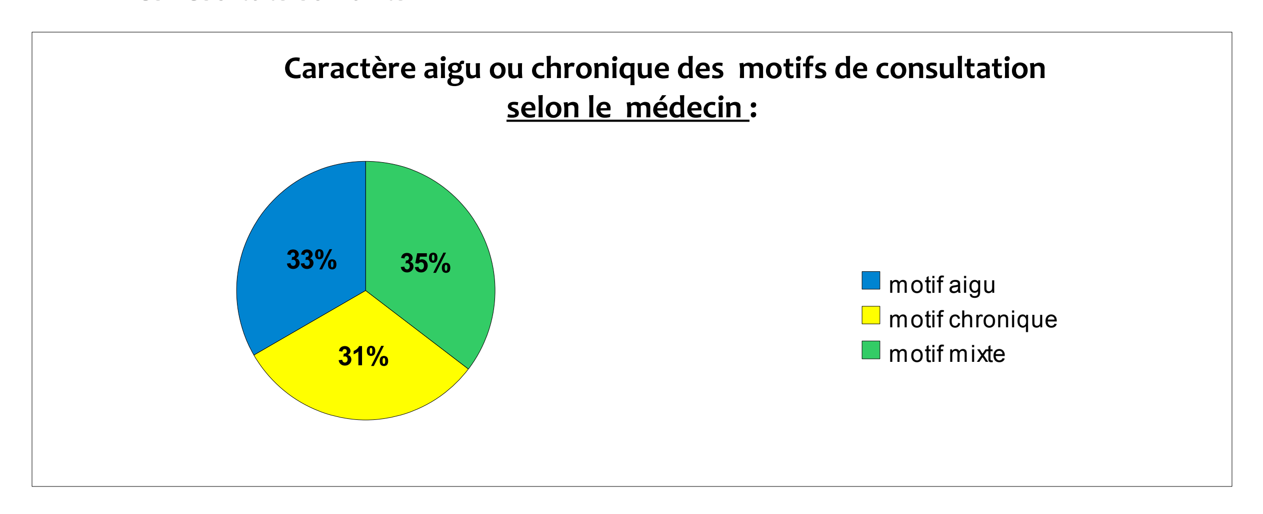
Selon la classification CISP – 2 :

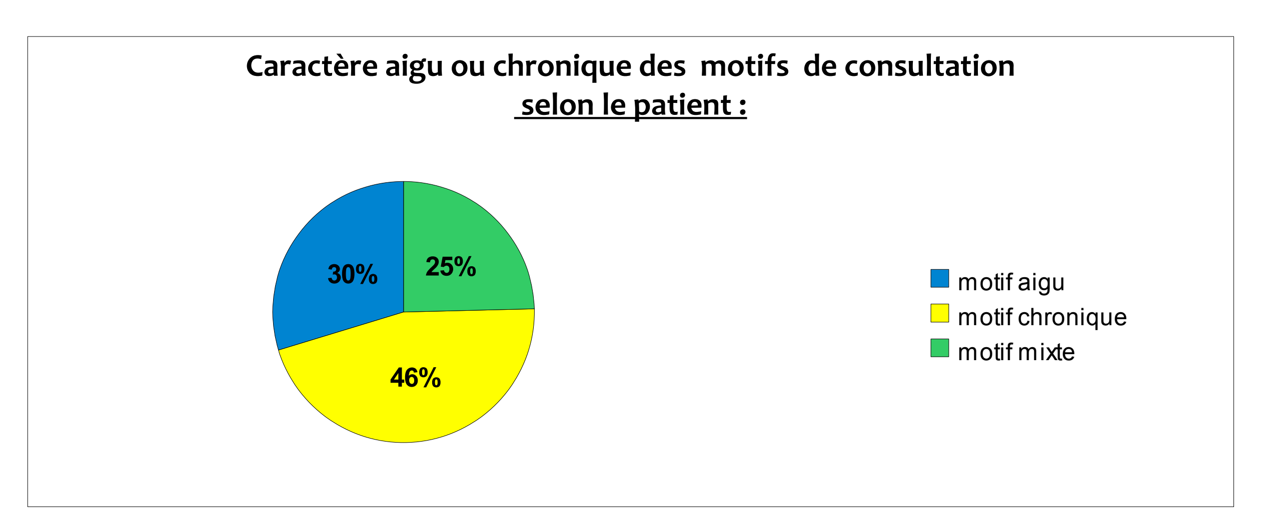
| Classification | Motif(s) | **Nombre** | **Score de qualité d'écoute /10** |
|---|---|---|---|
| K | Cardiovasculaire | **66** | 6,3 |
| L | Ostéoarticulaire | **43** | 6,3 |
| A | Problèmes généraux, non spécifiques | **40** | **6** |
| D | Digestif | **16** | **6,7** |
| R | Respiratoire | **15** | 6,5 |
| T | Endocrinien, Métabolique | **8** | **5,5** |
| P | Psychologique | **8** | **6,7** |
| S | Cutané | **7** | **5,9** |
| H | Oreille | **6** | **6,6** |
| N | Neurologique | **5** | **6** |
| Z | Problèmes sociaux | **4** | 3,5 |
| X | Génital (femmes) | **4** | **4,7** |
| Y | Génital (hommes) | **3** | **5** |
| B | Sang, hématologie | **3** | **6** |
| F | Œil | **2** | **5,3** |
| U | Urinaire | **1** | **5** |
| W | Grossesse, accouchement | **0** | |



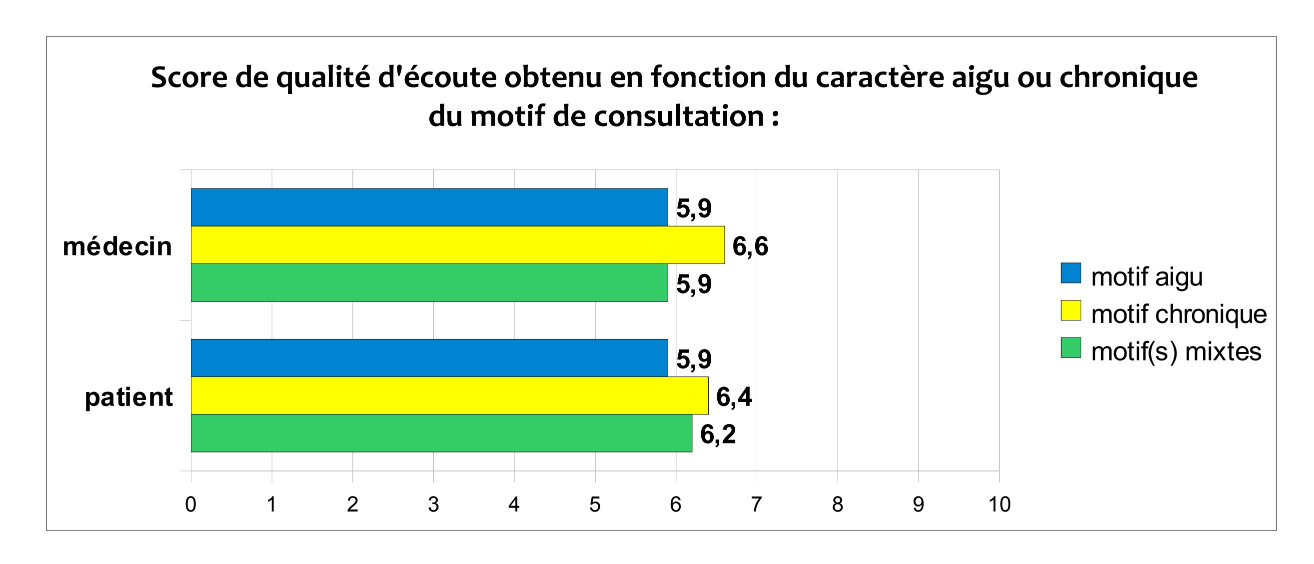

La qualité d'écoute des médecins envers les problèmes sociaux semble moins bonne qu' envers les problèmes psychologiques, digestifs, ou les problèmes fréquemment rencontrés en consultation.

En considérant le caractère aigu ou chronique des motifs de consultation, j'obtiens les résultats suivants :



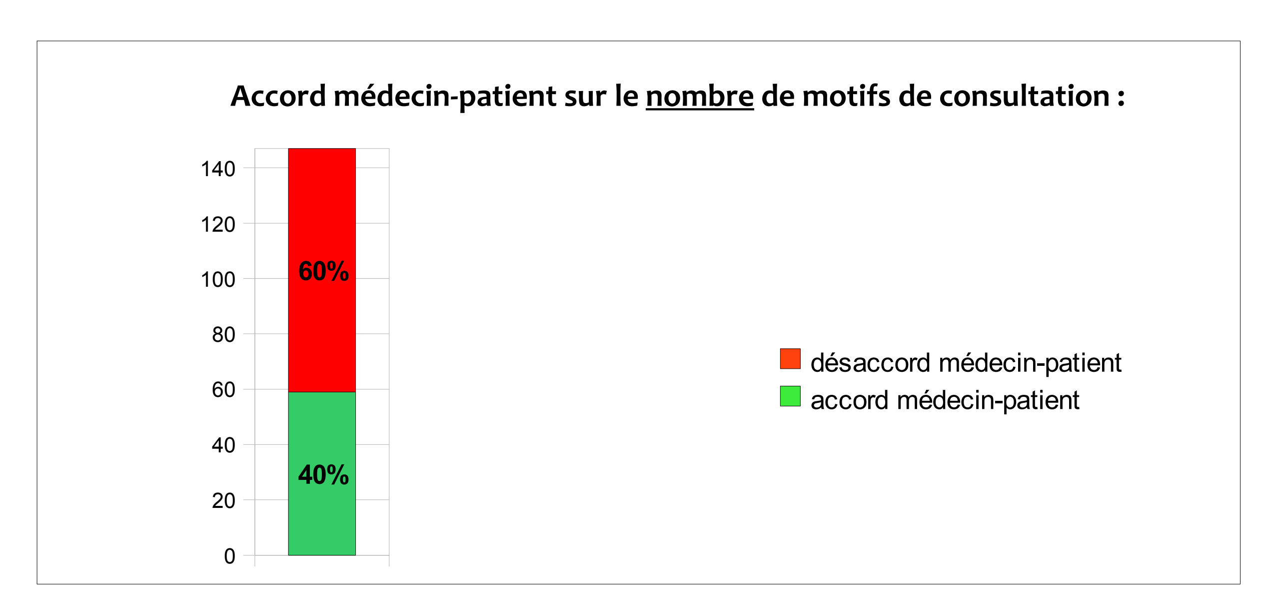

Les patients pensent plus souvent que leur médecin consulter pour un problème chronique.




La qualité d'écoute du médecin semble meilleure envers les problèmes chroniques.

**Item 2 : Accord médecin-patient sur le nombre des motifs de consultation :**

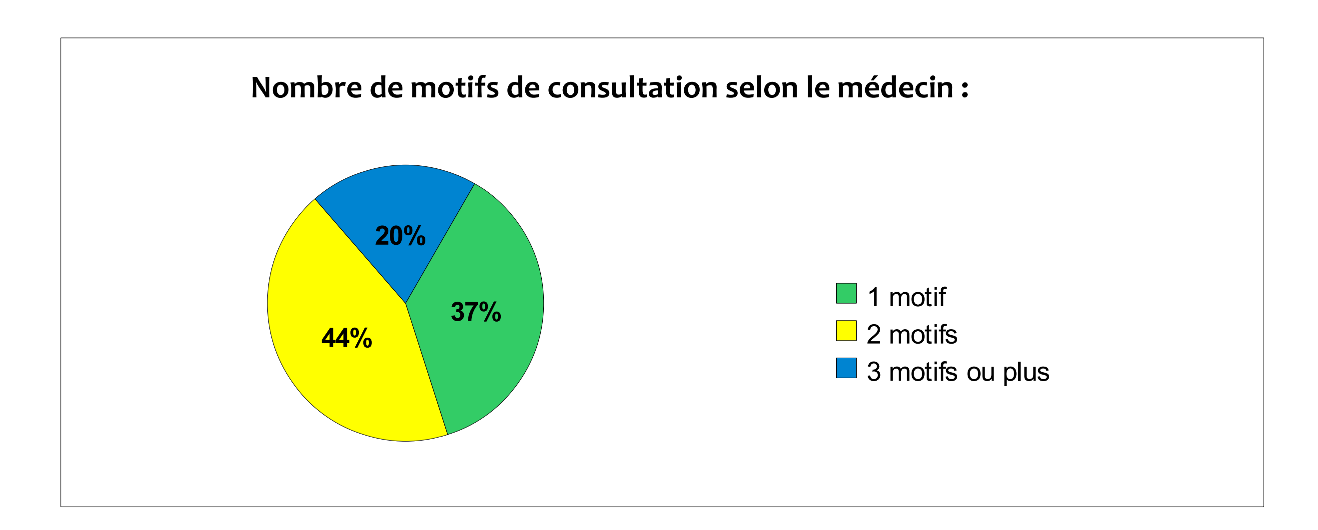
Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur le nombre de motifs de consultation : **59 fois.**




La moyenne du nombre de motifs de consultation est de :
selon le médecin : **1,87**
selon le patient : **1,68**

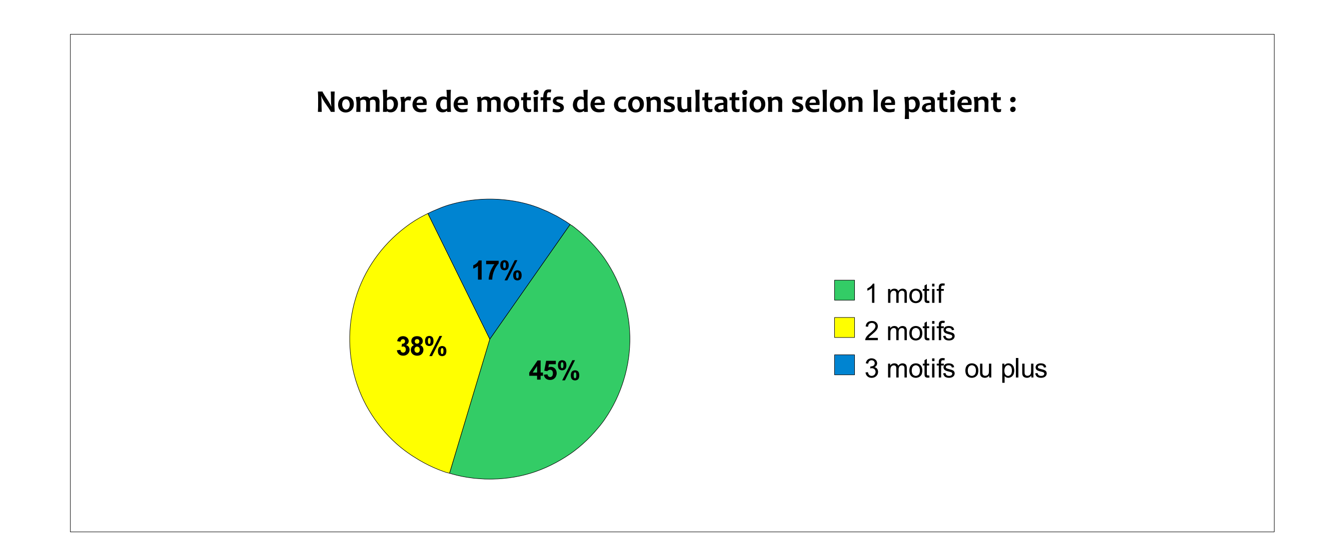
Selon le médecin, sur 147 patients :

**54** avaient 1 motif de consultation.
**64** avaient 2 motifs de consultation.
**29** avaient 3 motifs de consultation.

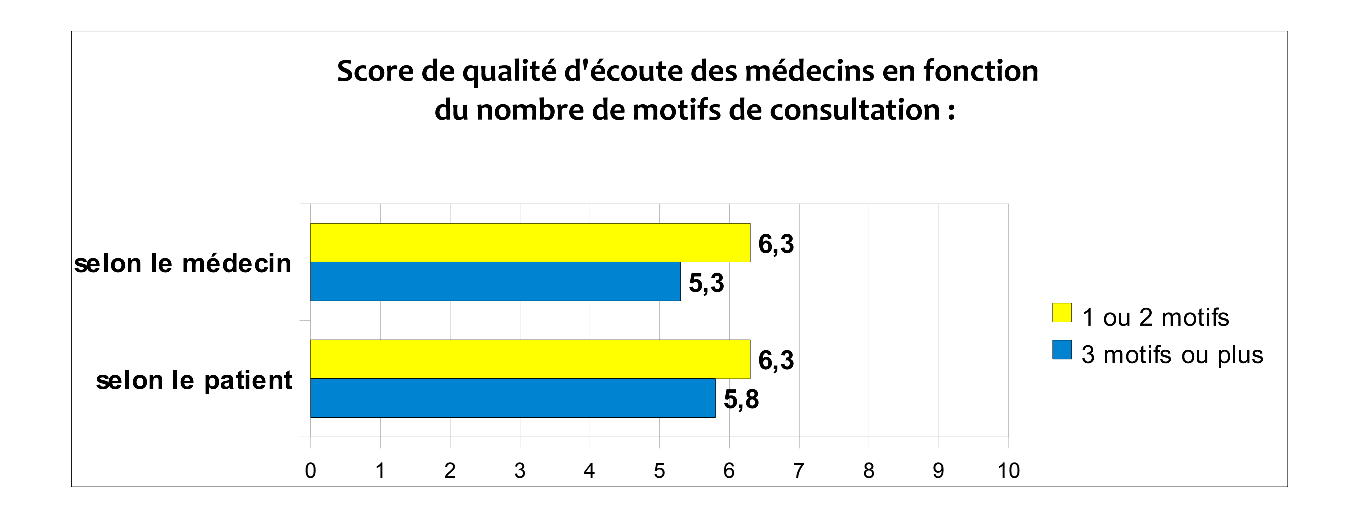


Selon le patient, sur 147 patients :

**66** avaient 1 motif de consultation.
**56** avaient 2 motifs de consultation.
**25** avaient 3 motifs ou plus de consultation.



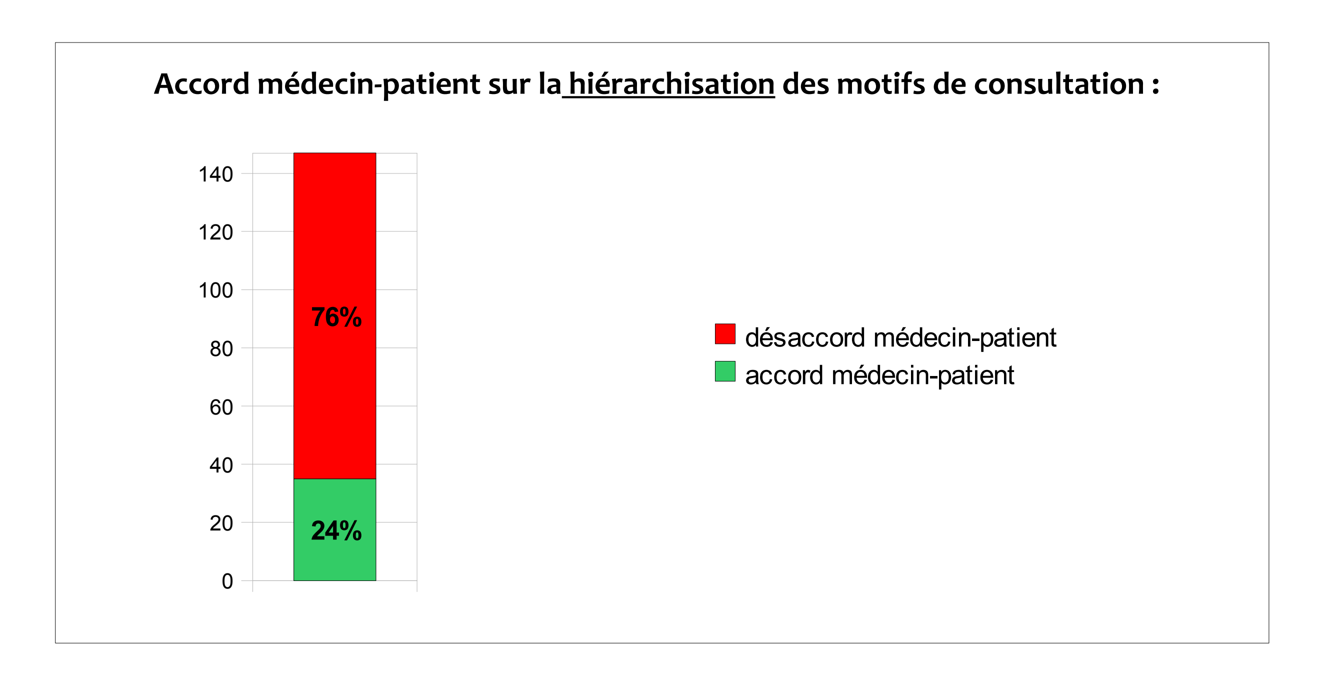

Les médecins perçoivent plus de motifs de consultation que leurs patients.




Le score de qualité d'écoute des médecins semble diminuer pour les consultations traitant de plus de 2 motifs.

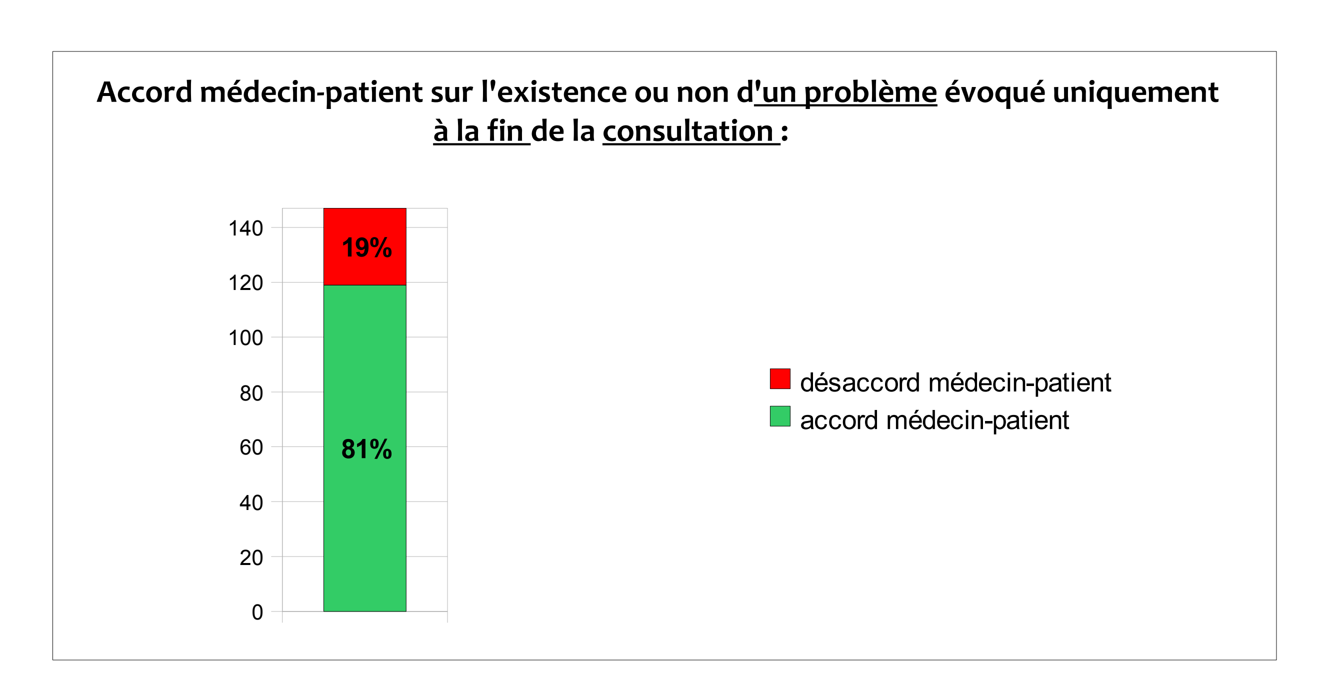
**<u>Item 3 : Accord médecin-patient sur la hiérarchisation des motifs de consultation</u>**

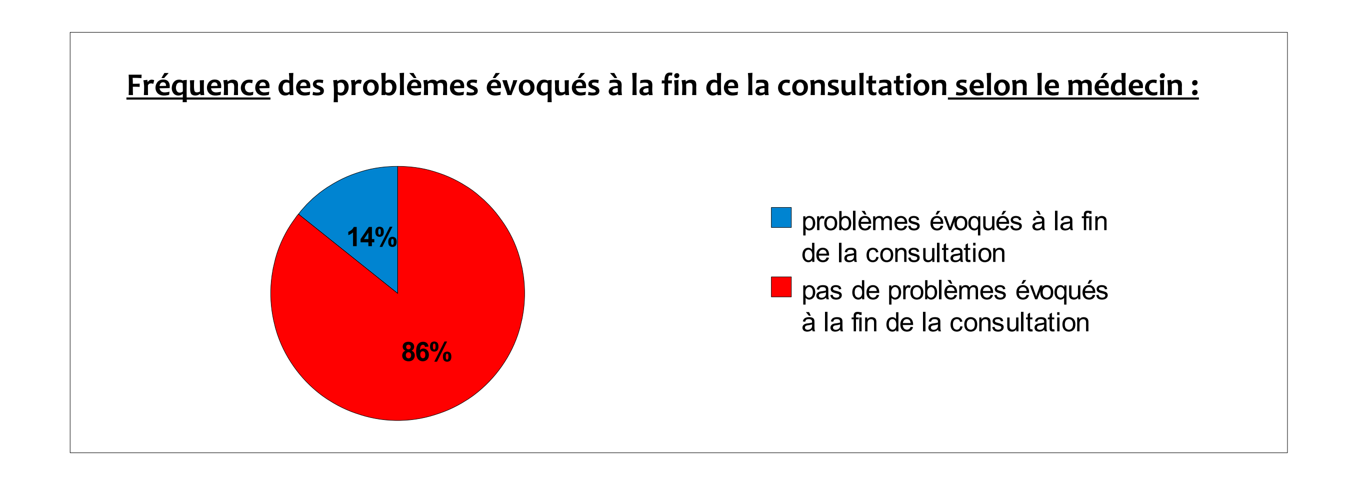
Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur la hiérarchisation des motifs de consultation : **35 fois.**

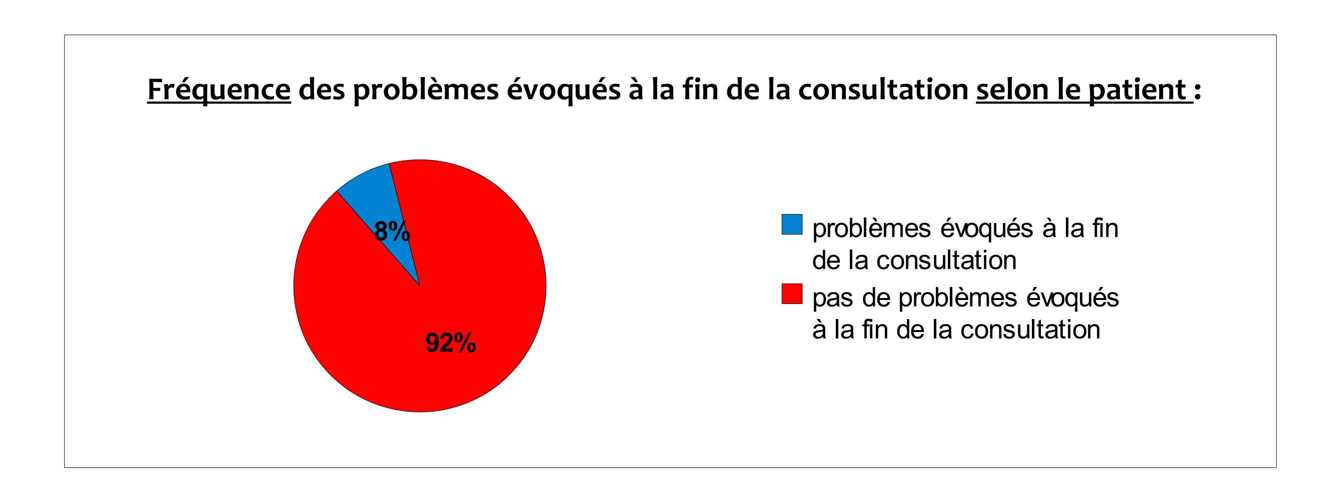



**<u>Item 4 : Accord médecin-patient sur la présence ou non, d'un problème évoqué par le patient qu'en toute fin de consultation :</u>**

Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur l'existence ou non, d'un problème évoqué uniquement à la fin de la consultation : **119 fois**.

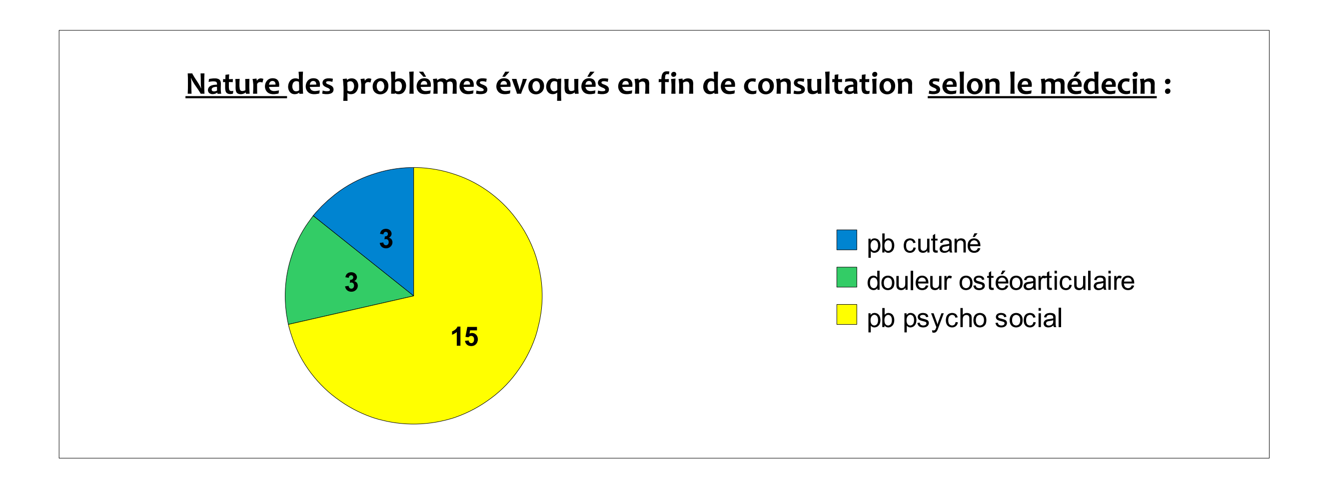


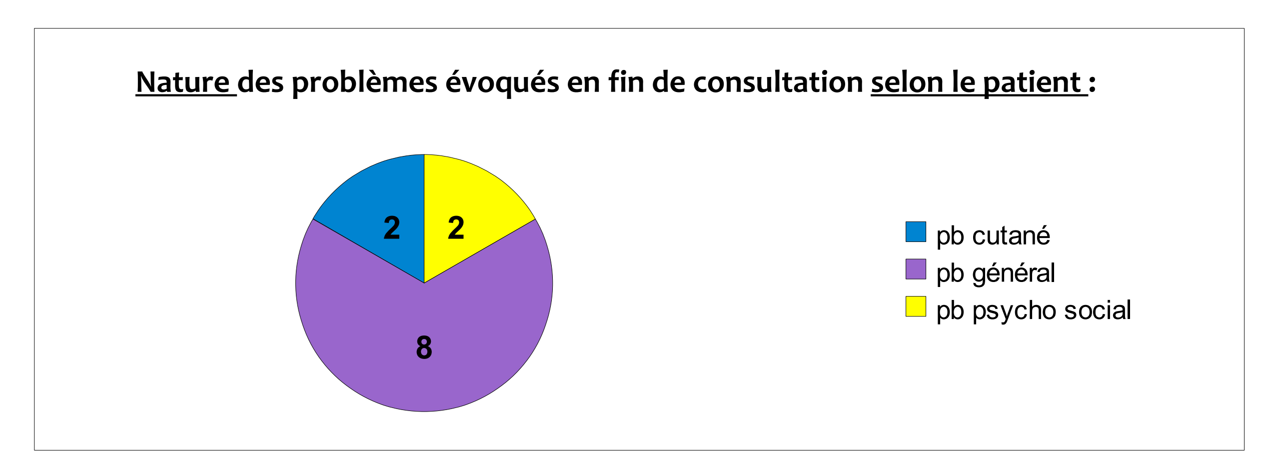



Les médecins ont perçu plus souvent que leurs patients l'existence d'un problème évoqué uniquement à la fin de la consultation.

Sur 147 consultations, médecins et patients ont été d'accord sur la présence d'un motif évoqué en fin de consultation : **3** fois.

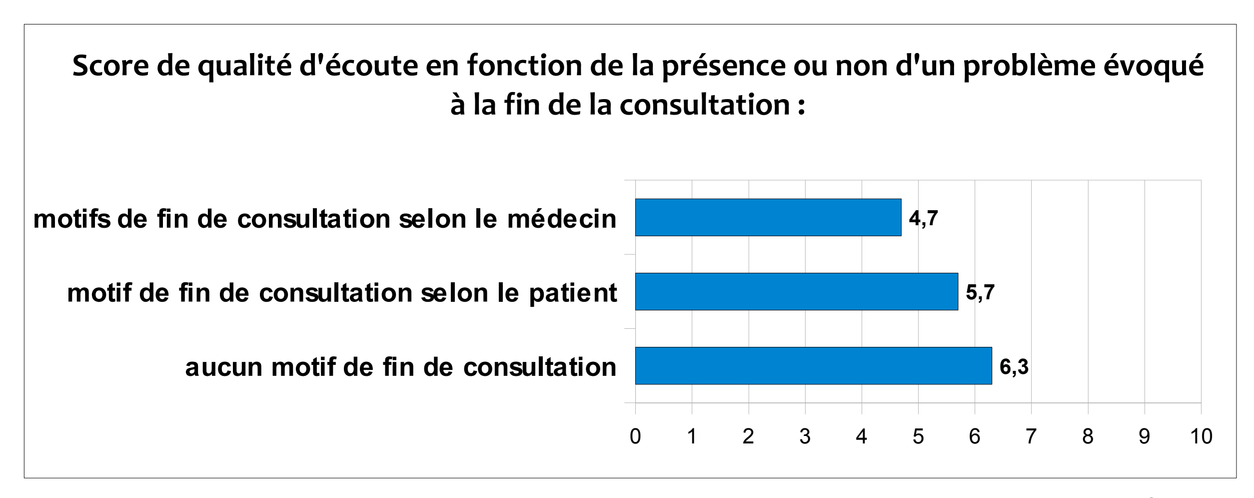



La nature des motifs émergeant en fin de consultation est différente selon l'avis des médecins et des patients :

Les **médecins** perçoivent **14%** de problèmes **ostéoarticulaires** évoqués en fin de consultation alors que les patients ne les ont pas évoqués.

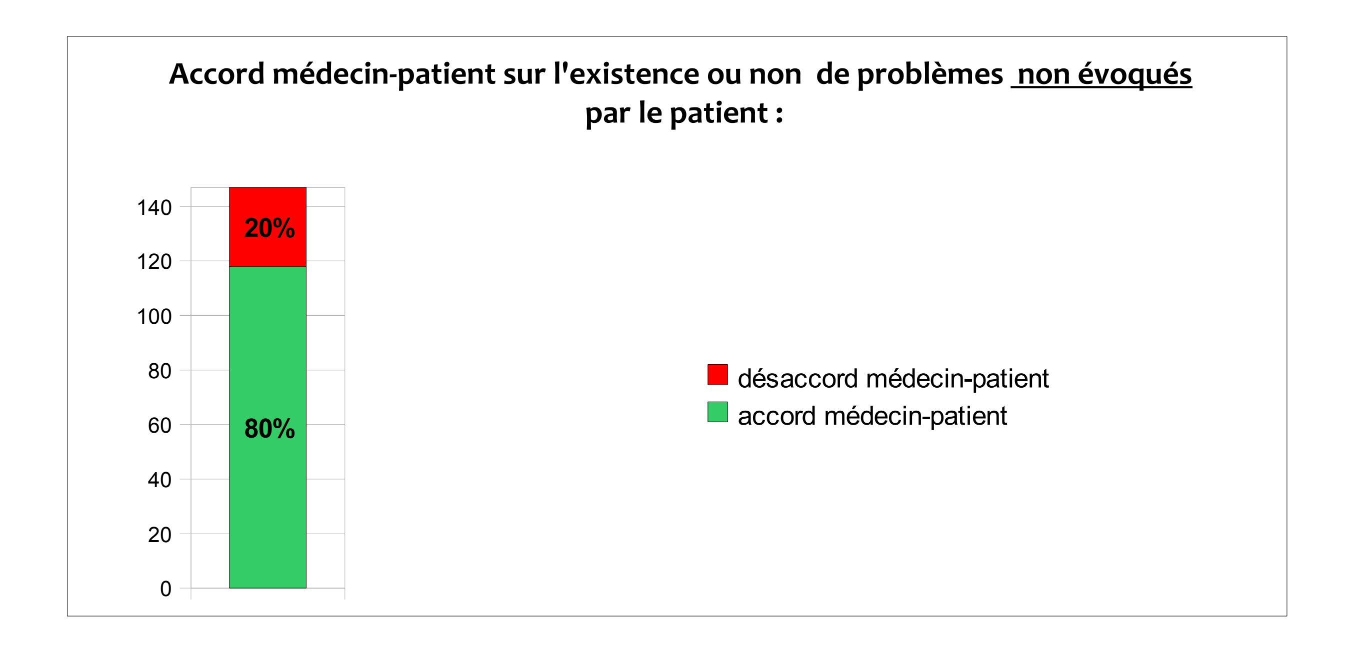
Les **patients** pensent que les problèmes évoqués en fin de consultation sont d'ordre **"généraux"** dans **67%** des cas, alors que les médecins pensent qu'ils sont d'ordre **psychosociaux** dans **71%** des cas.




Le score de qualité d'écoute diminue lorsqu'un problème émerge en fin de consultation.

**Item 5 : Accord médecin-patient sur l'existence ou non, d'un problème dont le patient n'a pas parlé pendant la consultation :**

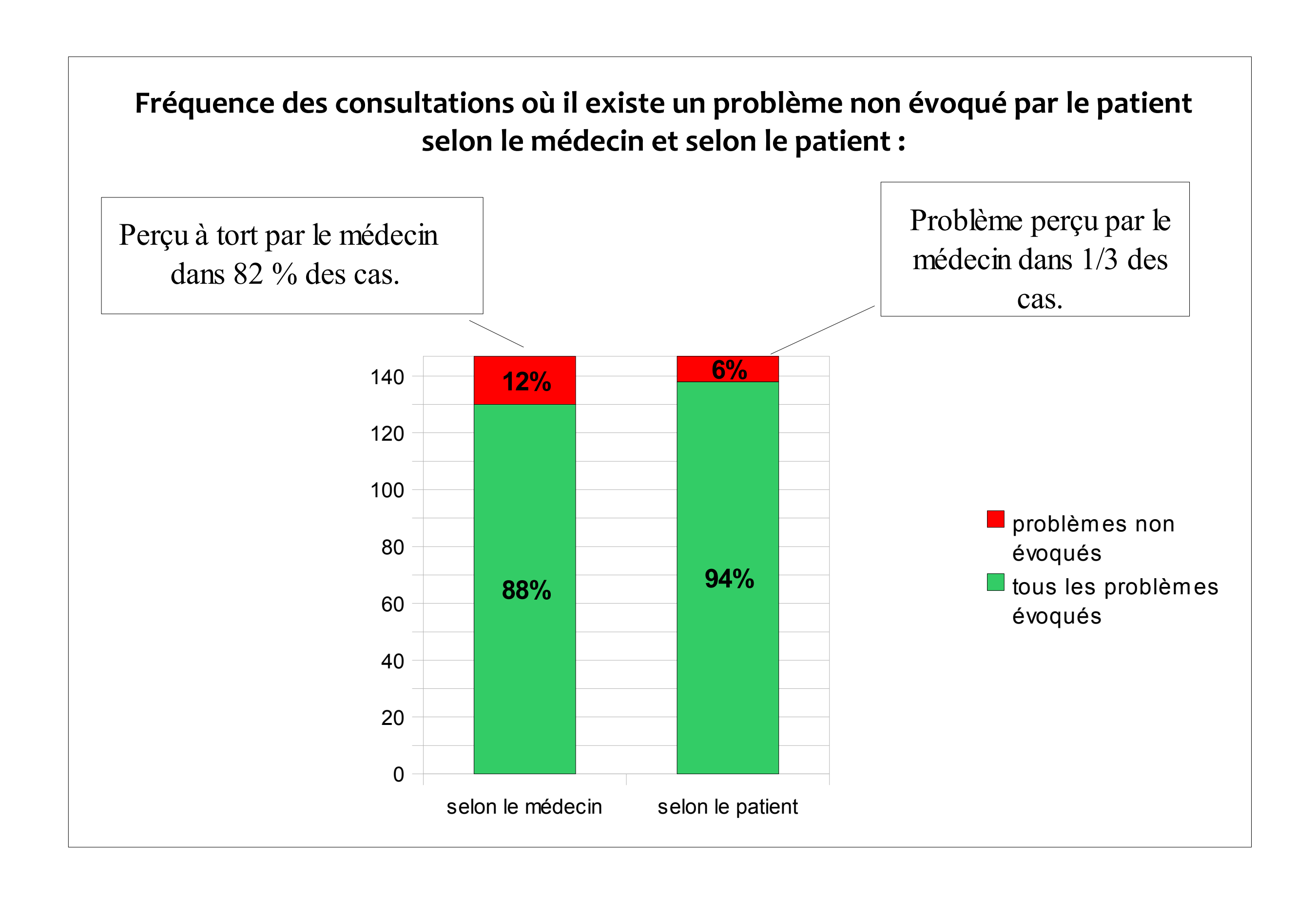
Sur 147 consultations,
médecins et patients ont été d'accord sur l'existence ou non, d'un problème non évoqué par le patient pendant la consultation : **118 fois.**

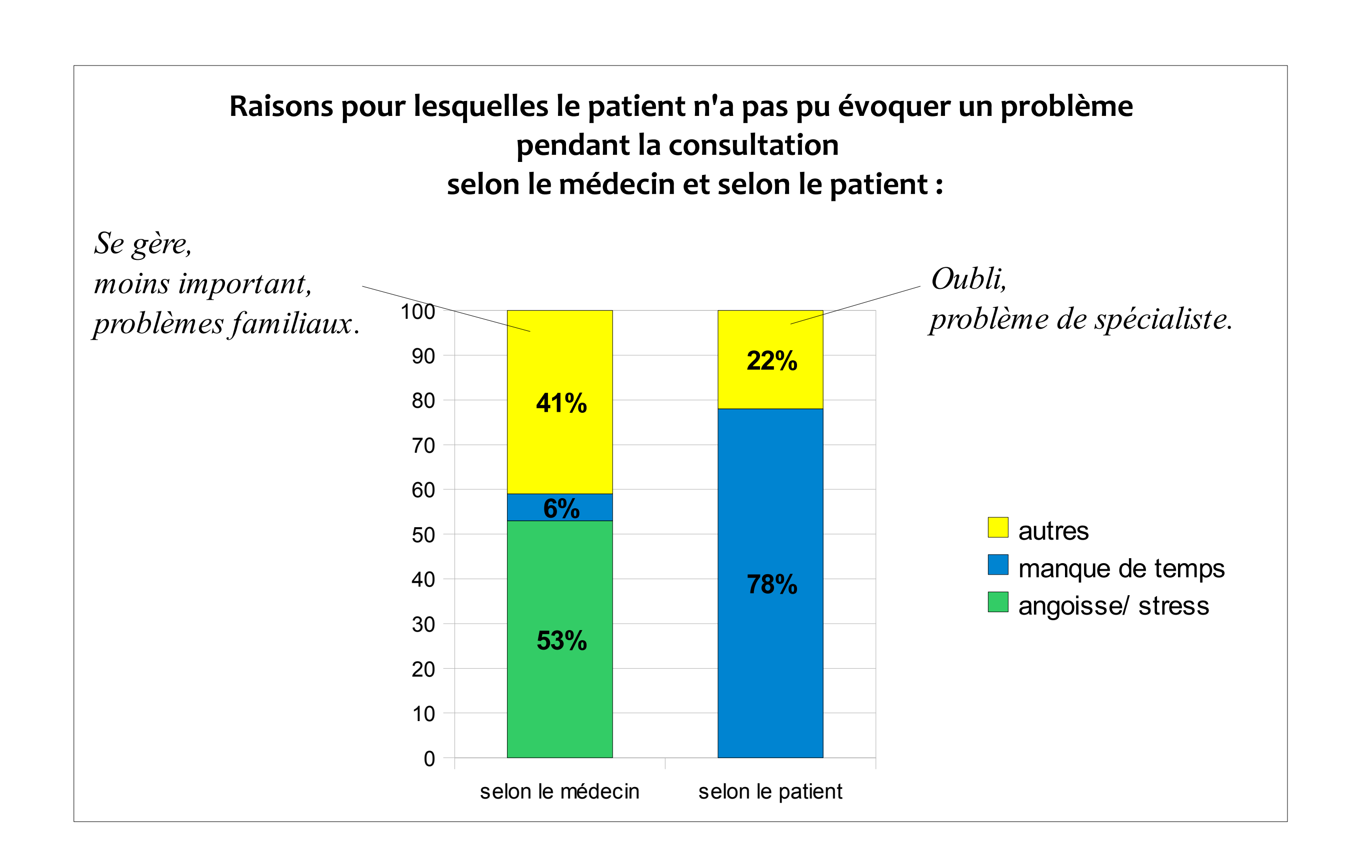


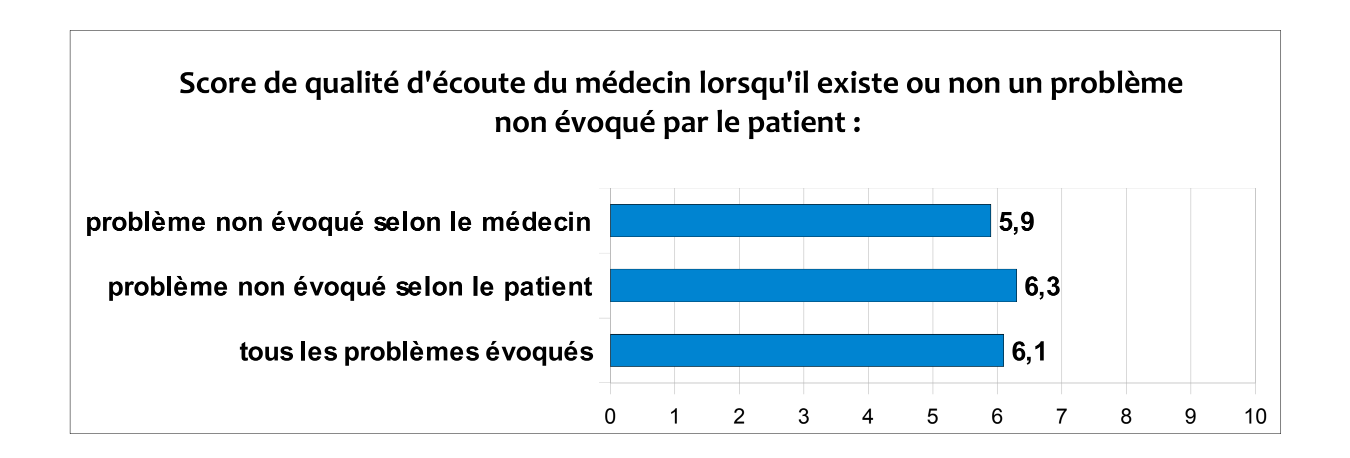

Sur 147 consultations, le patient n'a pas pu évoquer tous ses problèmes :

- selon le médecin : **17 fois,**
- selon le patient : **9 fois.**

Le médecin a perçu un problème non évoqué par son patient lorsqu'il existait vraiment **3 fois sur 9.**


Fréquence des consultations où il existe un problème non évoqué par le patient selon le médecin et selon le patient :
Perçu à tort par le médecin dans 82 % des cas.
Problème perçu par le médecin dans 1/3 des cas.
12%
88%
6%
94%
140
120
100
80
60
40
20
0
selon le médecin
selon le patient
problèmes non évoqués
tous les problèmes évoqués

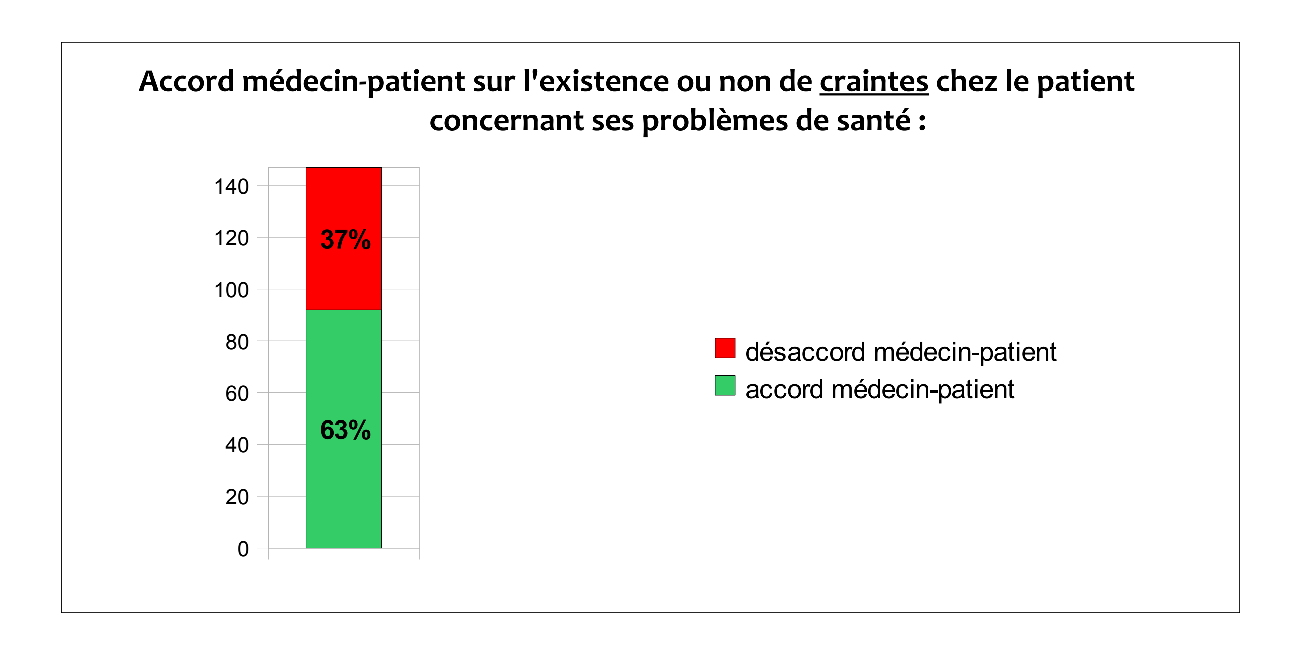

Raisons pour lesquelles le patient n'a pas pu évoquer un problème pendant la consultation selon le médecin et selon le patient :
Se gère,
moins important,
problèmes familiaux.
Oubli,
problème de spécialiste.
41%
6%
53%
22%
78%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
selon le médecin
selon le patient
autres
manque de temps
angoisse/ stress




L'existence d'un problème non évoqué pendant la consultation ne semble pas diminuer la qualité d'écoute du médecin.

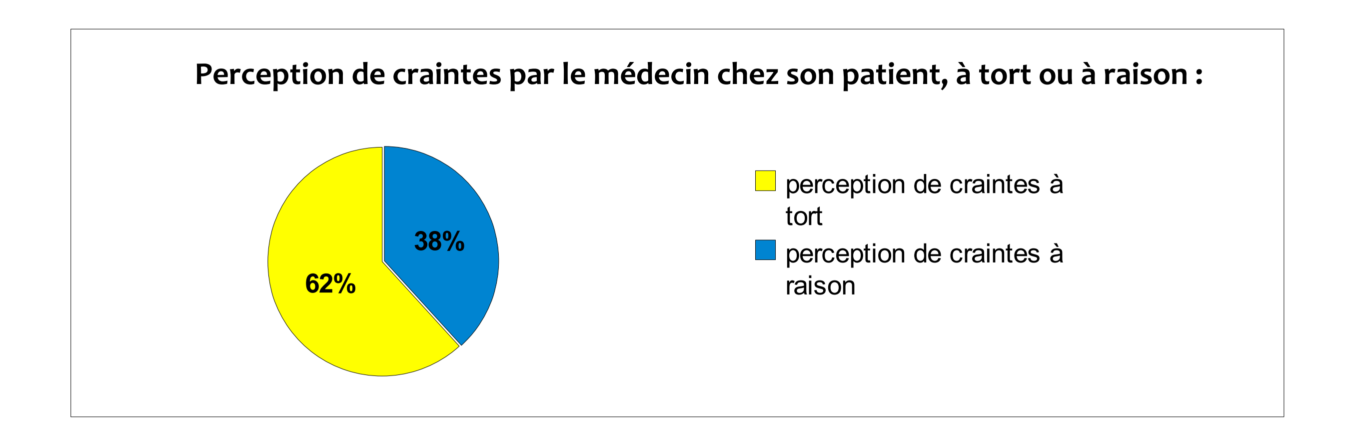
**Item 6 : Accord médecin-patient sur l'existence ou non de craintes chez le patient concernant ses problèmes de santé :**

Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur l'existence ou non de craintes concernant leurs problèmes de santé : **92 fois.**



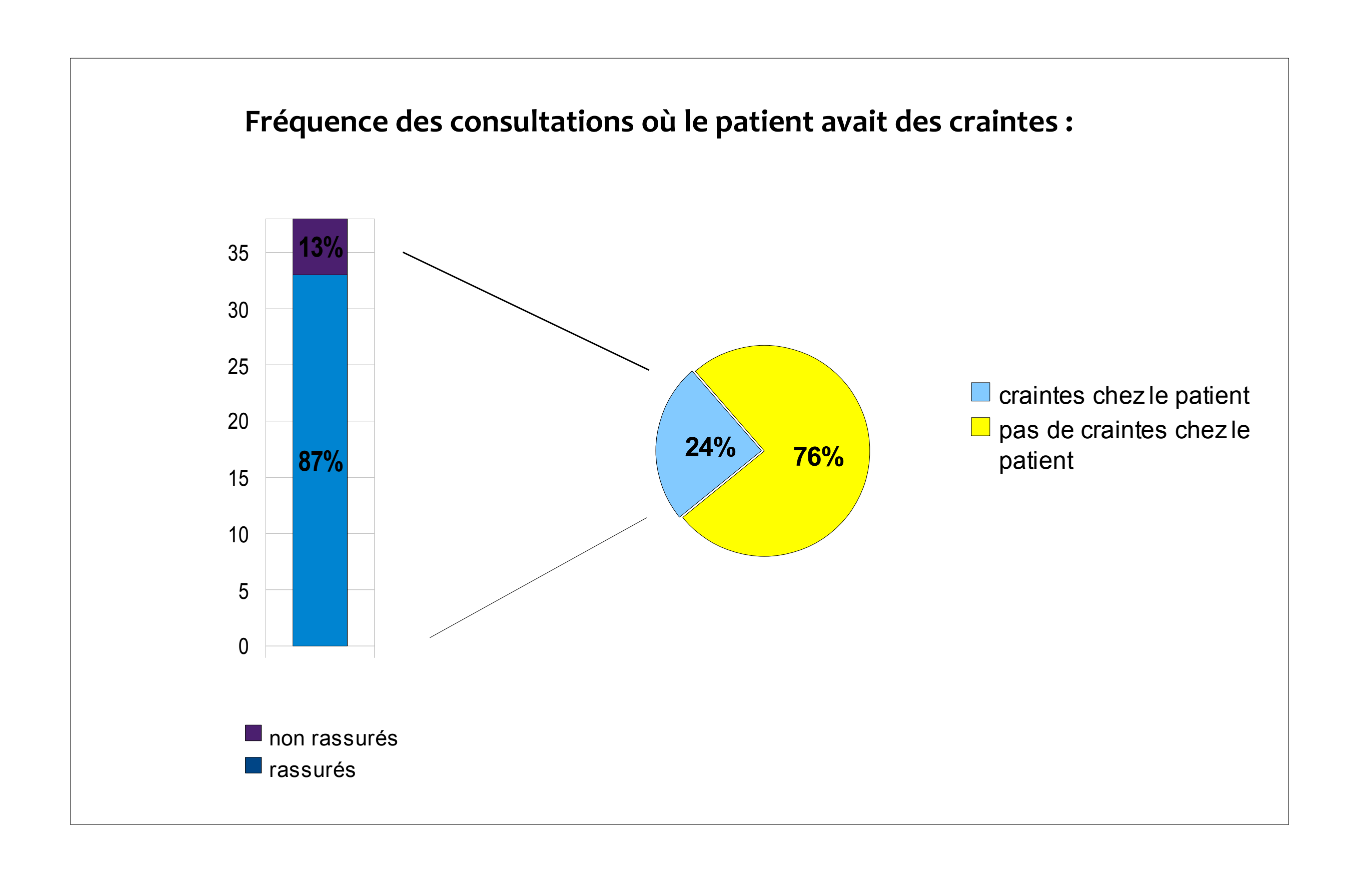

Sur 147 consultations, les médecins ont perçu des craintes chez leurs patients **68** fois :

**26** fois alors que le patient avait réellement des craintes.
**42** fois alors que le patient n'avait pas de craintes.




Sur 147 consultations,
**36** patients avaient des craintes concernant leurs problèmes de santé.

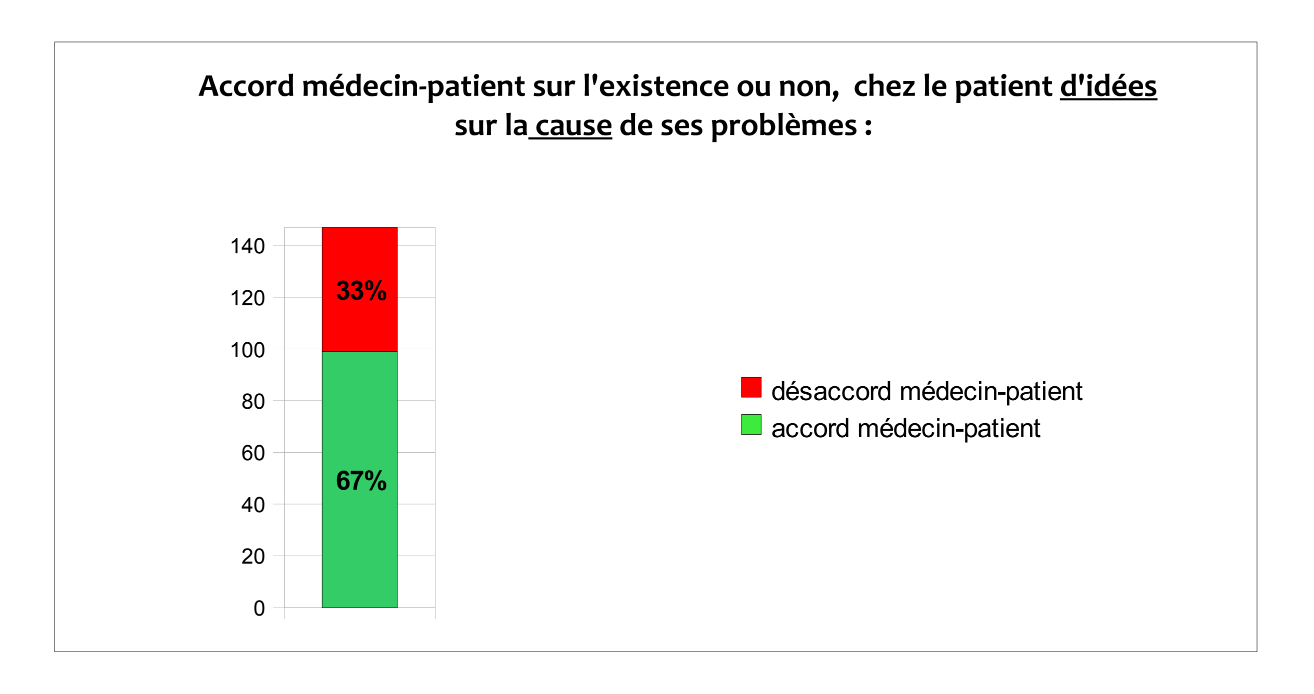
Sur **36** consultations où les patients avaient des craintes, elles ont été perçues **16** fois par les médecins; les patient ont été rassurés par leur médecins : **33** fois.



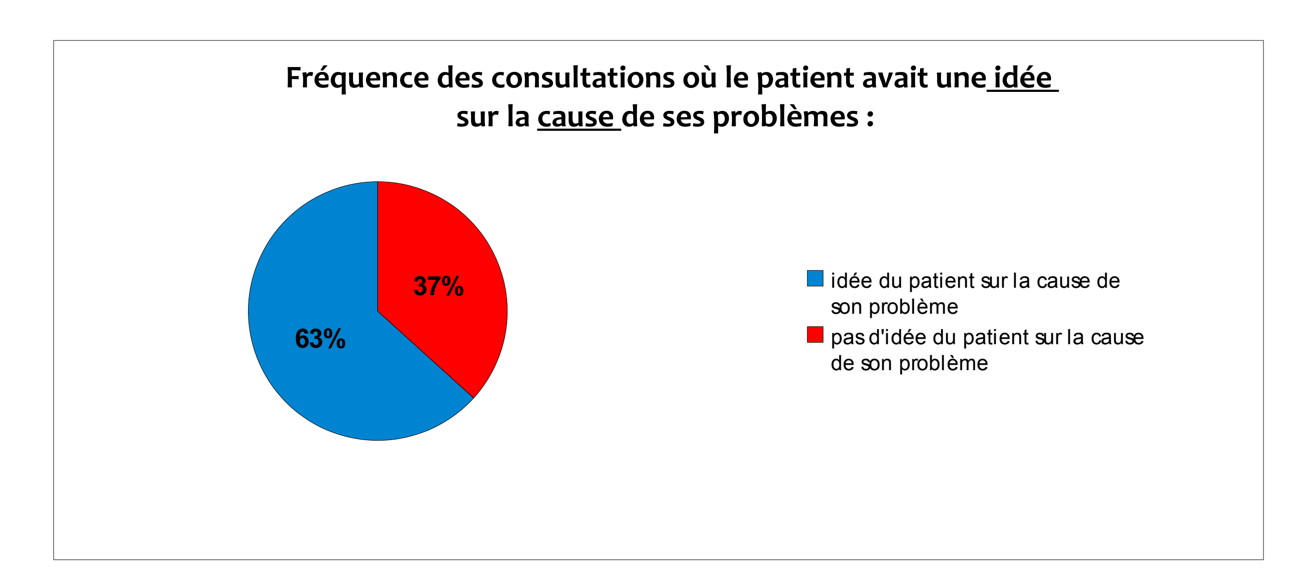

Sur les **36** patients ayant des craintes, **23** connaissaient un proche ayant le même problème qu'eux (62%).

## Item 7 : Accord médecin-patient sur l'existence ou non, chez le patient, d'idées sur la cause de ses problèmes de santé :

Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur l'existence ou non, chez le patient d'idées concernant la cause de ses problèmes de santé : **99** fois.



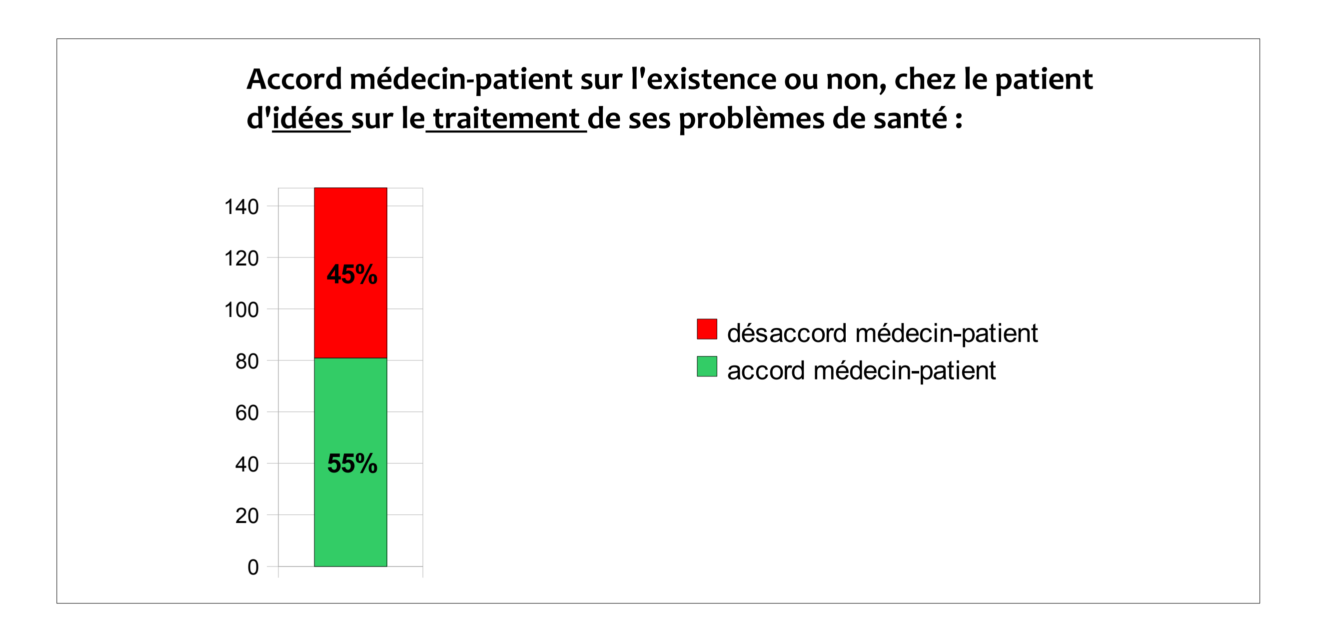

Sur 147 consultations,
93 patients avaient une idée sur la cause de leurs problèmes de santé.



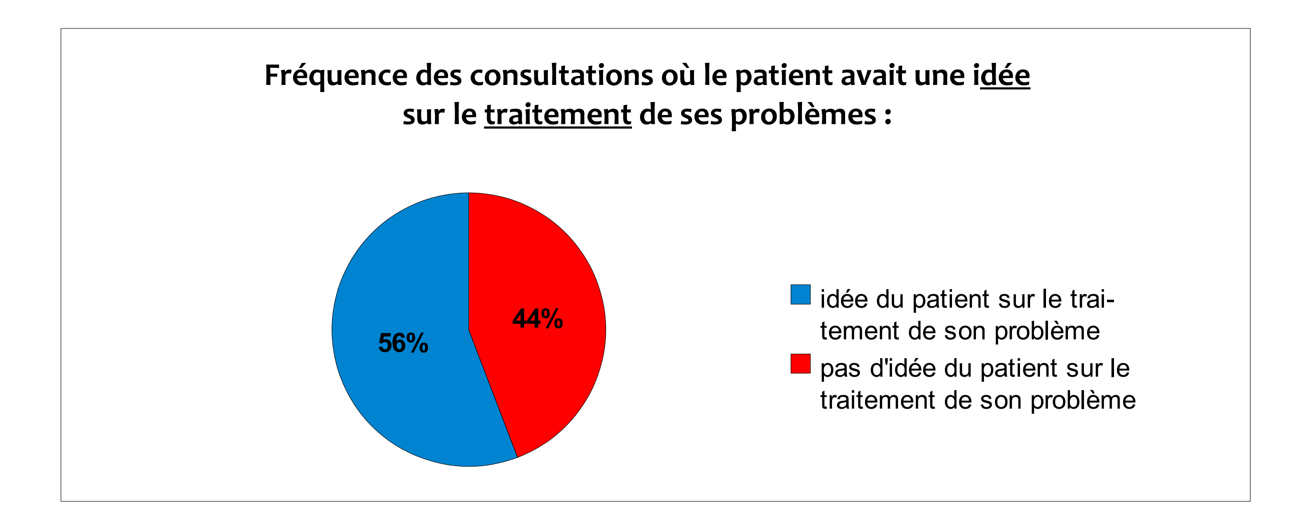

Chez les 93 patients ayant une idée sur la cause de leurs problèmes, 88% en ont parlé avec leur médecin et 56% connaissaient un proche ayant le même problème qu'eux.

**Item 8 : Accord médecin-patient sur l'existence ou non, chez le patient, d'idées sur le traitement de ses problèmes de santé.**

Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur l'existence ou non, chez le patient d'idées concernant le traitement de ses problèmes de santé : **81** fois.



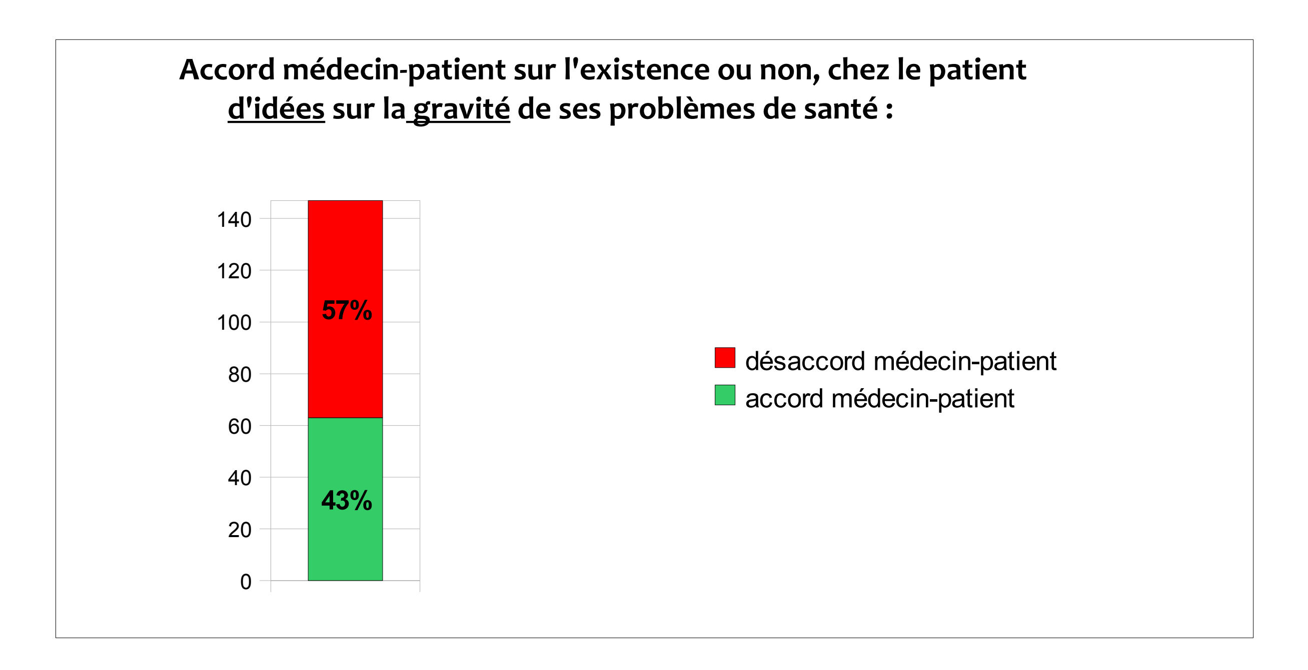

Sur 147 consultations,
82 patients avaient une idée sur le traitement de leurs problèmes de santé.



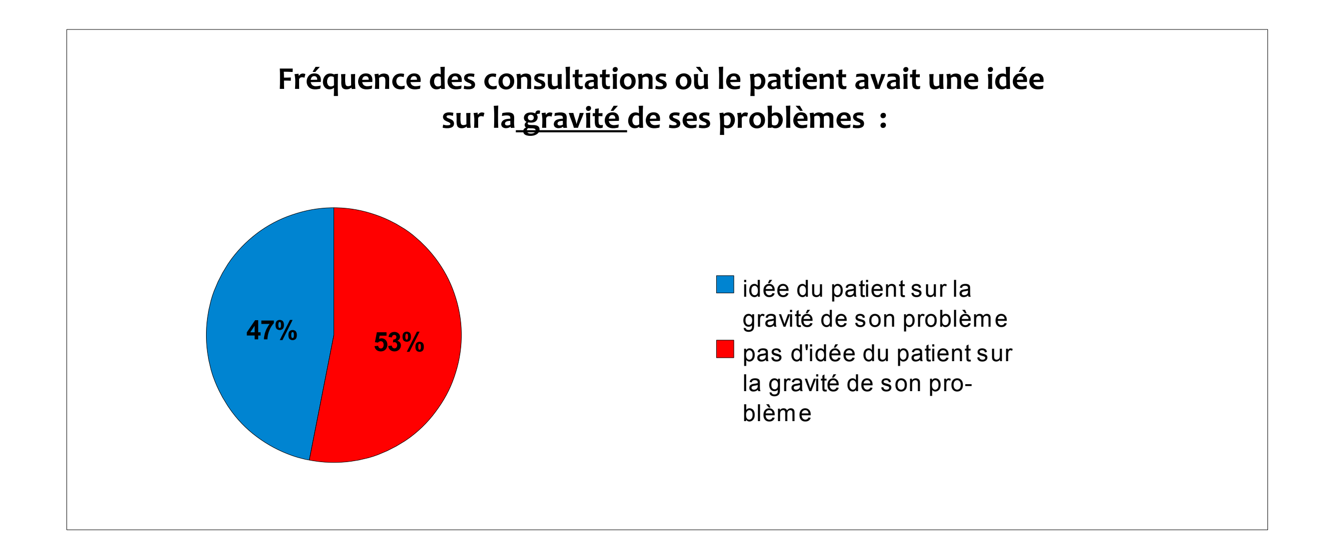

Chez 82 patients ayant une idée sur le traitement de leur problème, 93 % en ont parlé avec leur médecin et 45 connaissaient un proche ayant le même problème qu'eux (55%).

**Item 9 : Accord médecin-patient sur l'existence ou non, chez le patient d'idées sur la gravité de ses problèmes de santé .**

Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur l'existence ou non chez le patient d'idées concernant la gravité de ses problèmes de santé : **63** fois.



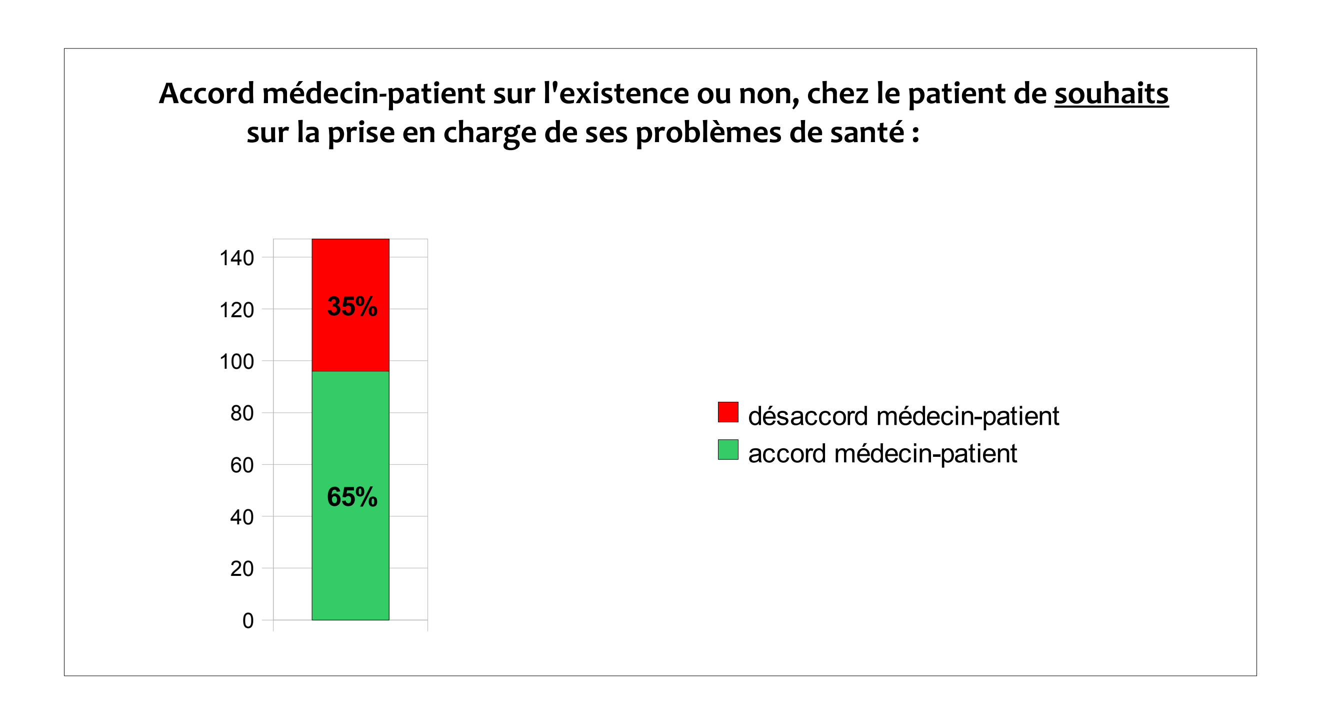

Sur 147 consultations,
69 patients avaient un idée sur la gravité de leur problème de santé .




Chez 69 patients ayant une idée sur la gravité de leur problème, 97% en ont parlé avec leur médecin et 41 connaissaient un proche ayant le même problème qu'eux (59,4%).

**<u>Item 10 : Accord médecin-patient sur l'existence ou non de souhaits chez le patient concernant ses problèmes de santé :</u>**

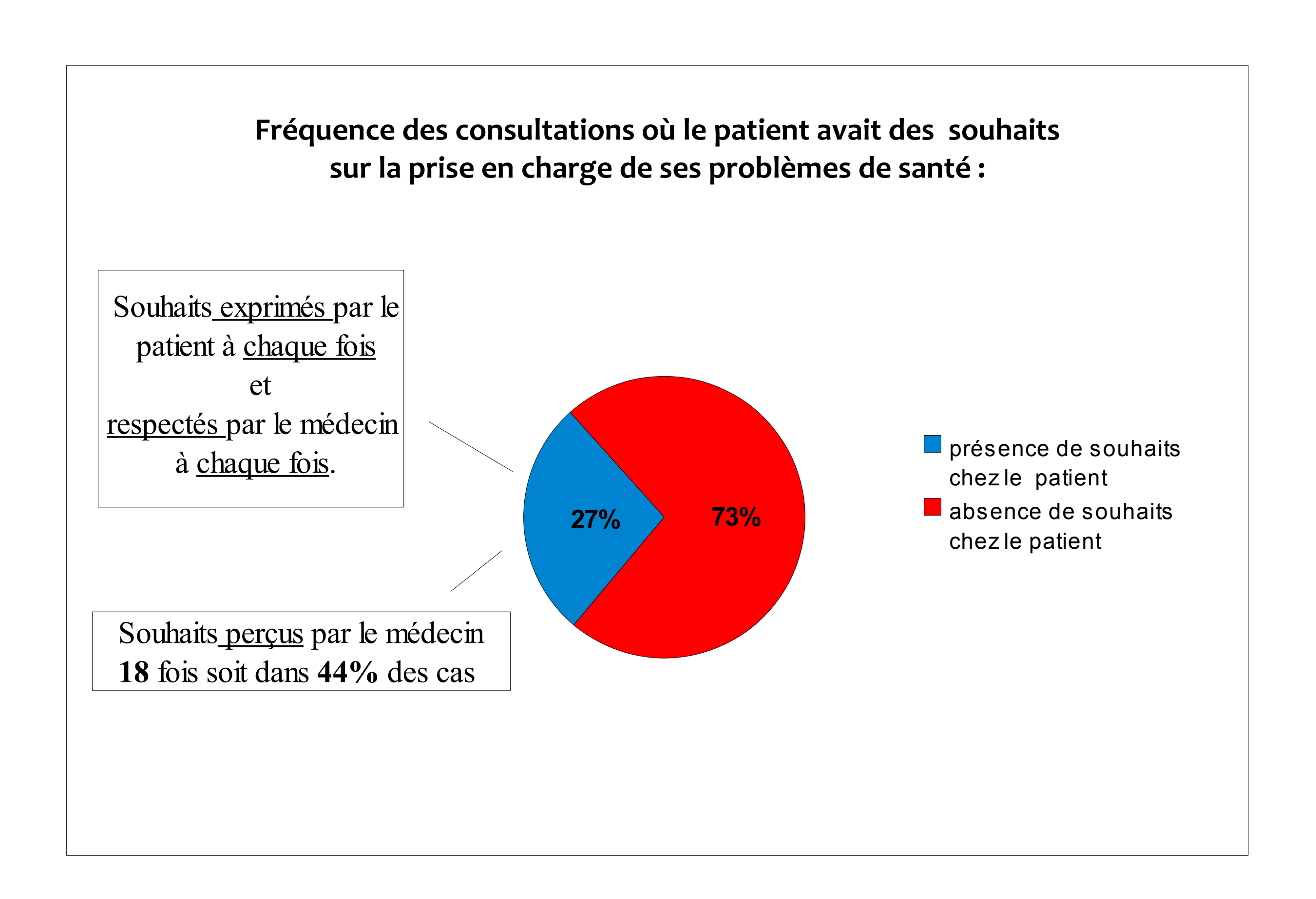
Sur 147 consultations,
les médecins ont été d'accord avec leurs patients sur l'existence ou non de <u>souhaits</u> chez le patient sur la <u>prise en charge</u> de ses problèmes de santé : **96** fois .




Sur 147 consultations,
**41** patients avaient des souhaits sur la prise en charge de leurs problèmes de santé, et le médecin les ont perçu **18** fois.

Selon les patients,
ils ont exprimé leurs souhaits au médecin à <u>chaque fois</u> qu'ils en avaient;
et le médecin les a <u>toujours</u> respectés.

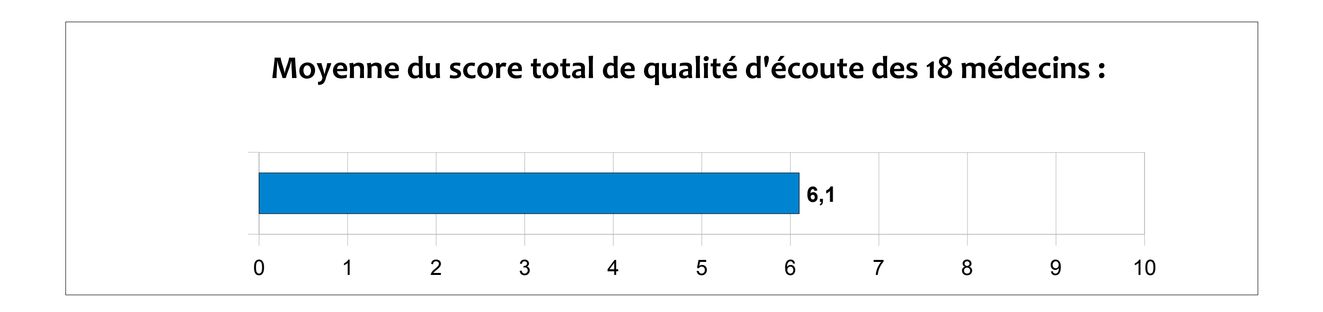
Chez **41** patients ayant des <u>souhaits</u> sur la prise en charge de leurs problèmes,
**23** connaissaient un proche ayant le même problème qu'eux (57,5%).




Le médecin a perçu à tort l'existence de souhaits chez son patient sur la prise en charge de son problème de santé **28** fois (61 %).

## 2.2 SCORE TOTAL DE QUALITÉ D'ÉCOUTE /10 :

### 2.2.1 MOYENNE DU SCORE DE QUALITÉ D'ÉCOUTE DES 18 MÉDECINS :




### 2.2.2 MOYENNE DU SCORE DE QUALITÉ D'ÉCOUTE OBTENU PAR CHAQUE MÉDECIN :

**Score total de qualité d'écoute obtenu par chaque médecin :**

Médecin 1 6,1
Médecin 2 4,3
Médecin 3 6,1
Médecin 4 6,3
Médecin 5 6
Médecin 6 5,6
Médecin 7 7,2
Médecin 8 6,6
Médecin 9 5,5
Médecin 10 5,3
Médecin 11 6,3
Médecin 12 6,3
Médecin 13 7,7
Médecin 14 5,8
Médecin 15 6,4
Médecin 16 5,7
Médecin 17 6,6
Médecin 18 4,7

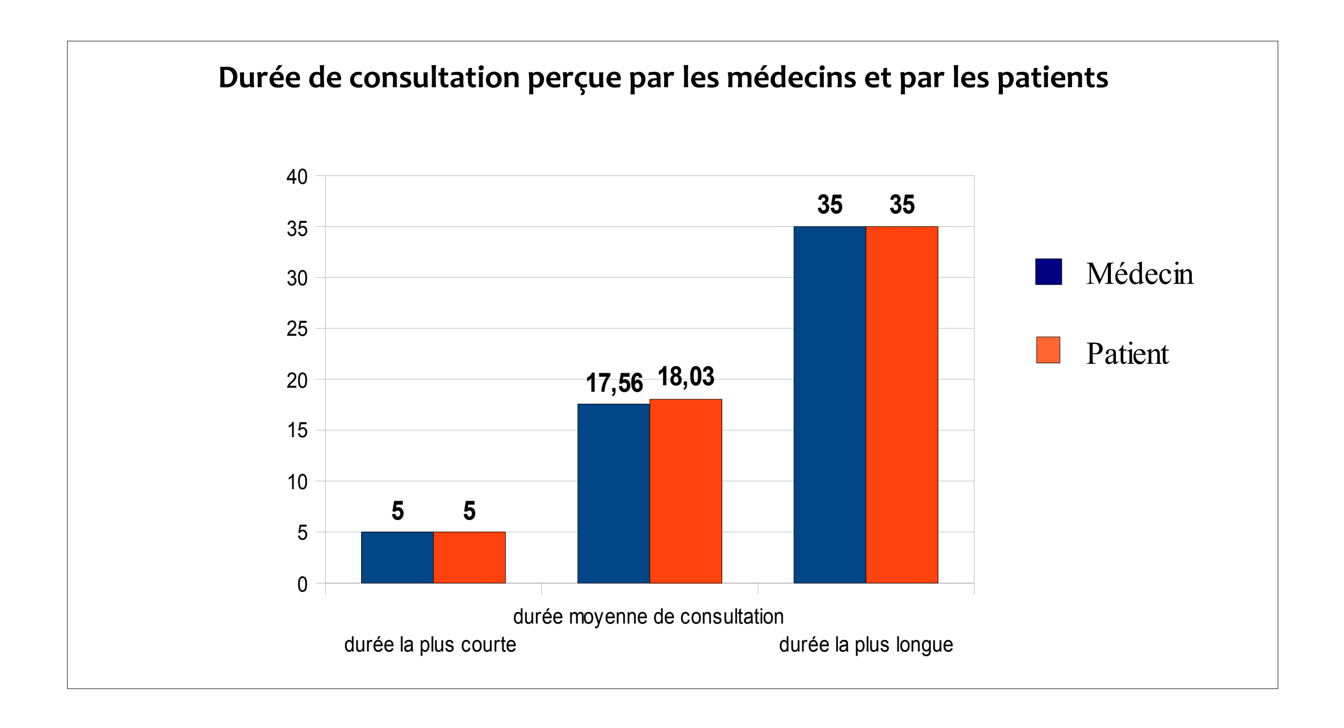
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

# 3 ETUDE DE L'INFLUENCE DES FACTEURS LIES AU DEROULEMENT DE LA CONSULTATION SUR LA QUALITE D'ECOUTE :

## 3.1 DURÉE PERÇUE DE LA CONSULTATION :

La durée moyenne de consultation est estimée par le médecin à : **17,56** minutes.
La durée moyenne de consultation est estimée par le patient à : **18,03** minutes.

Durée la plus courte estimée à : **5** minutes.
Durée la plus longue estimée à : **35** minutes.




Sur 147 consultations, la durée a été considérée trop courte :

- par le médecin : **5** fois,
- par le patient: **8** fois,
- par les 2 : **1** fois.

La durée moyenne de consultation est estimée par le patient à **11,43** minutes quand il l'a jugée trop courte.

**Perception de la durée de la consultation par le médecin et par le patient :**

140
120
100
80
60
40
20
0

3%
5%
97%
95%

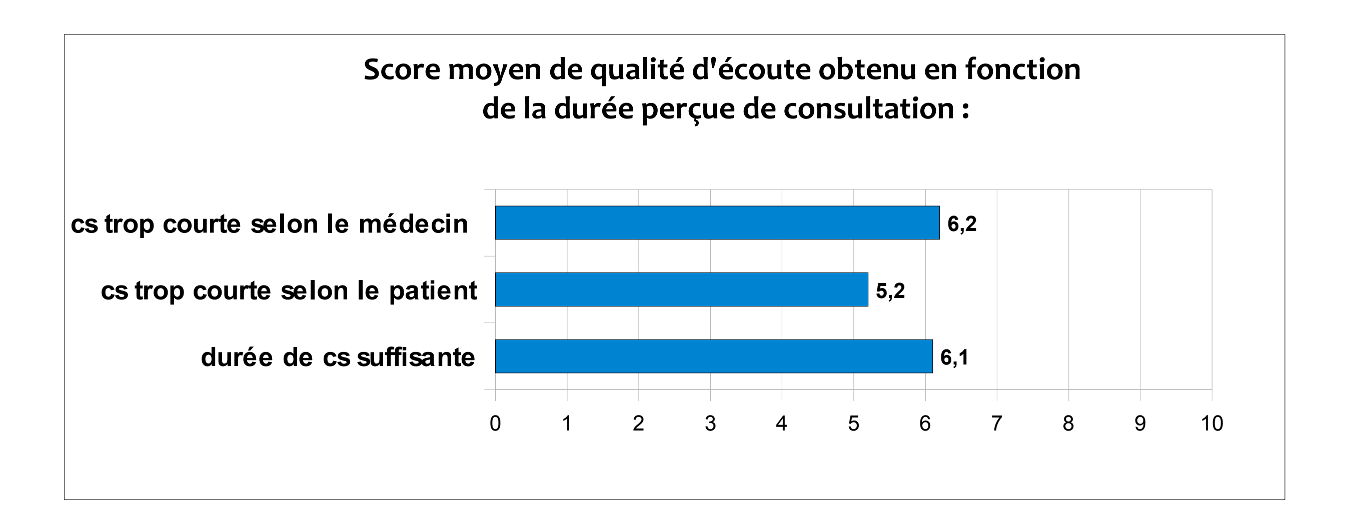
selon le médecin
selon le patient

Durée estimée à **11 min 25 s** par le patient quand il juge la consultation trop courte

durée trop courte
durée suffisante

Le score moyen de qualité d'écoute obtenu quand la consultation est considérée trop courte :

- par le médecin est de : **6,2/10,**
- par le patient est de : **5,2/10.**




La qualité d'écoute des médecins semble diminuer quand la consultation est jugée trop courte par le patient.

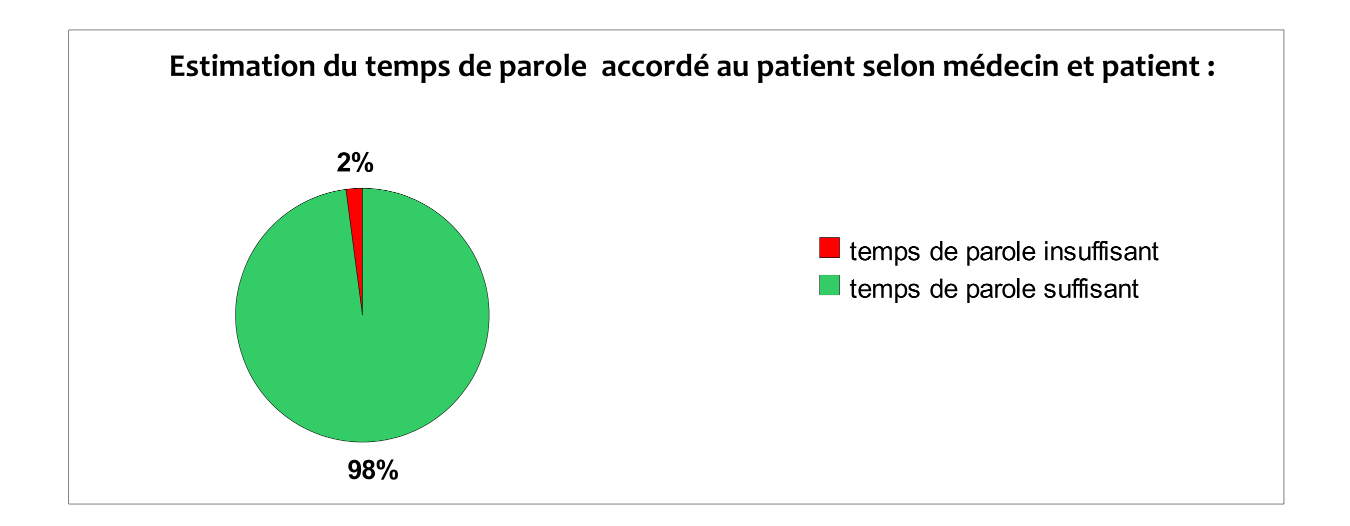
### 3.2 Temps de parole accordé au patient :

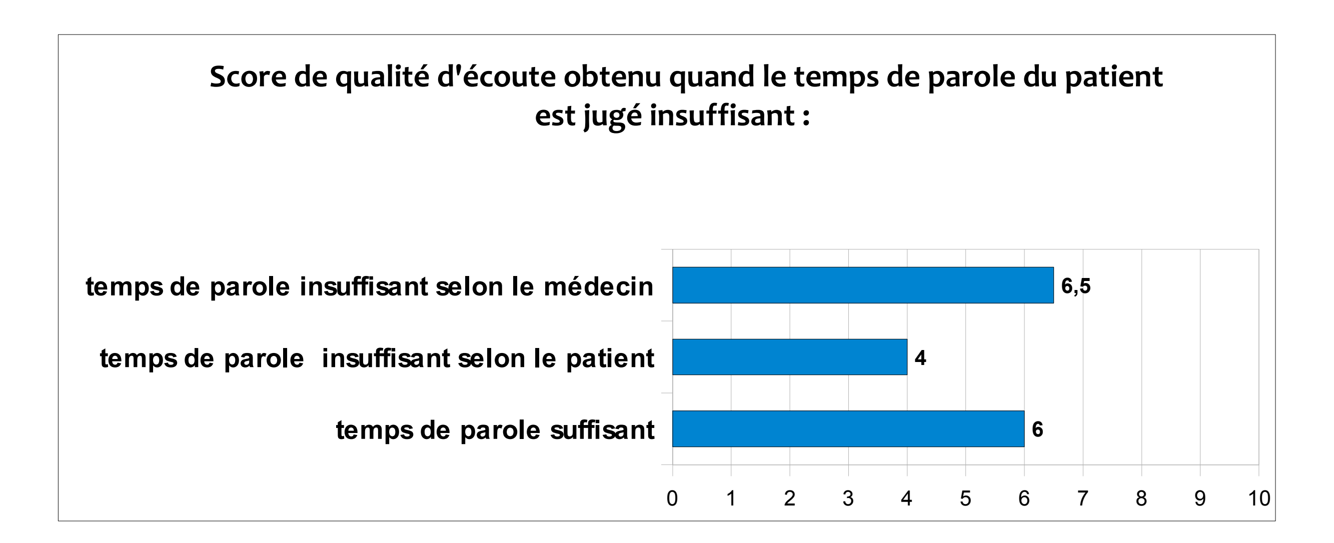
Sur 147 consultations, le temps de parole accordé au patient a été jugé insuffisant :

par le médecin : **3 fois** .

par le patient : **3 fois** .

Sur 147 consultations,
médecin et patient n'ont été d'accord sur l'insuffisance du temps de parole accordé au patient aucune fois.

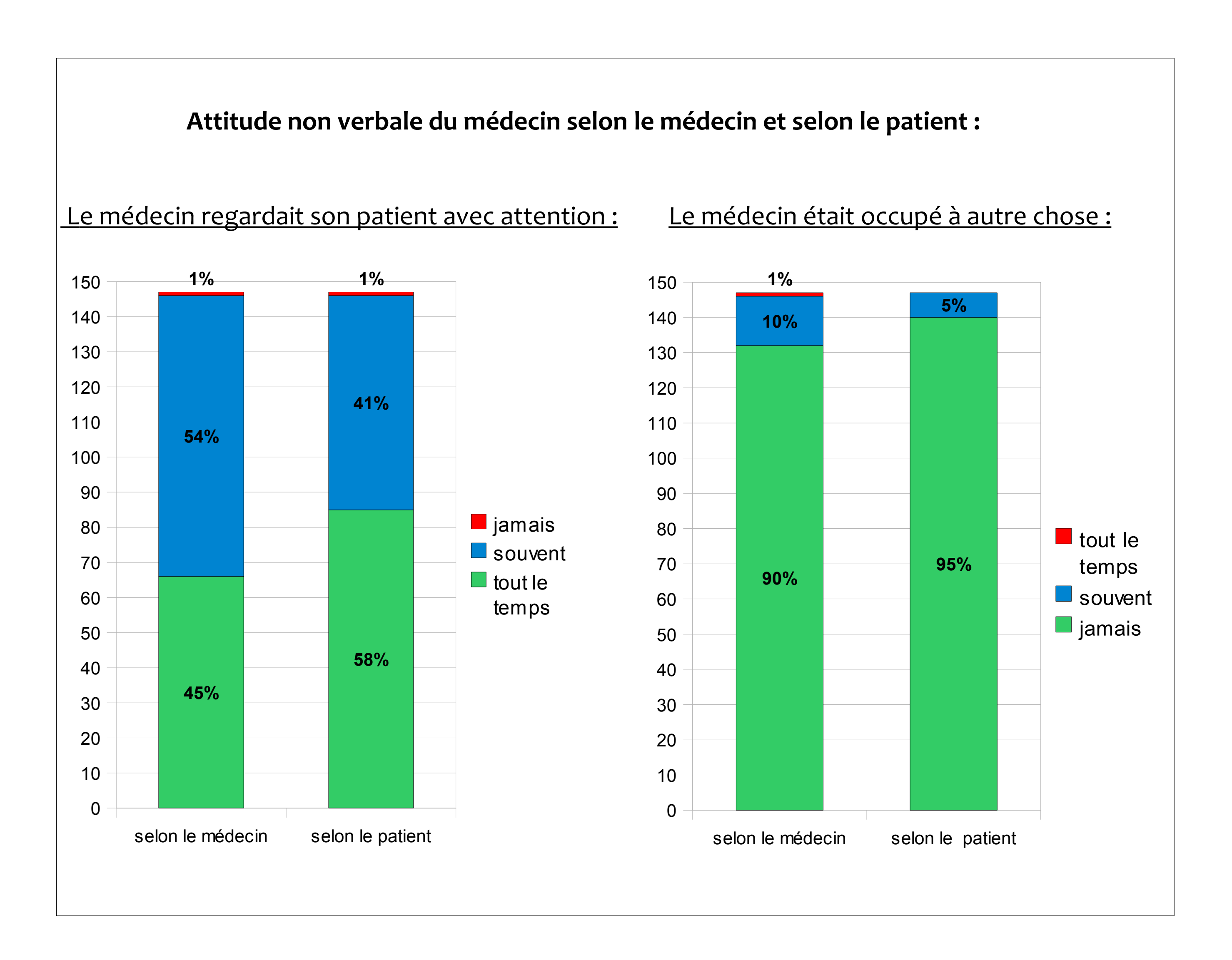



La qualité d'écoute du médecin semble diminuer lorsque le temps de parole accordé au patient est insuffisant (d'après le patient).
Ce n'est pas le cas lorsque c'est le médecin qui juge le temps de parole accordé à son patient insuffisant.

## 3.3 Attitude non verbale du médecin :

### 3.3.1 Attention du médecin :




Selon le médecin :

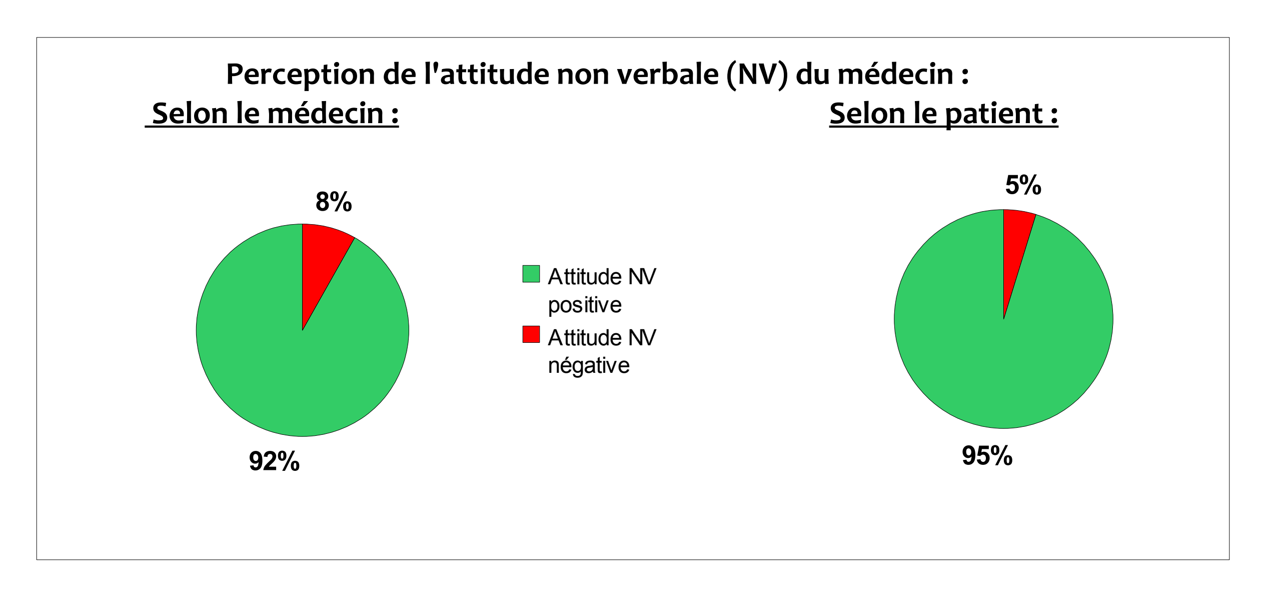
Sur 147 consultations, son attitude non verbale était :

- positive : **135** fois,
- négative: **12** fois.

Selon le patient :

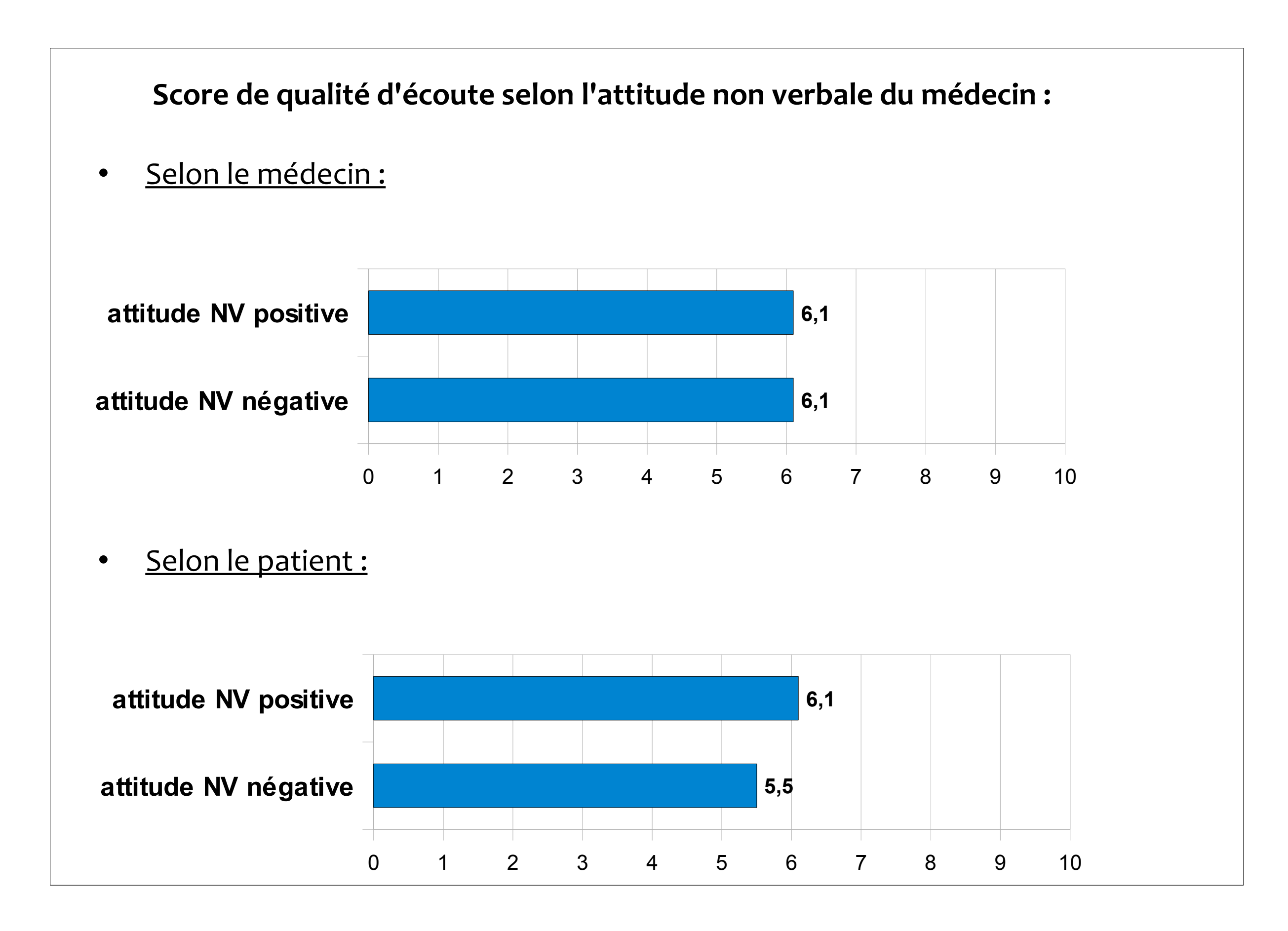
Sur 147 consultations, l'attitude non verbale du médecin était :

- positive : **140** fois,
- négative : **7** fois.




Sur 147 consultations,
médecins et patients ont été d'accord sur :

- l' « attitude non verbale positive » du médecin : **128 fois (87%),**
- l' « attitude non verbale négative » du médecin : **0 fois.**




La qualité d'écoute du médecin semble diminuer lorsque le patient juge l'attitude non verbale du médecin inadaptée. Ce n'est pas le cas lorsque c'est le médecin qui juge son attitude non verbale inadéquate.

### 3.3.2 Utilisation de l'ordinateur :

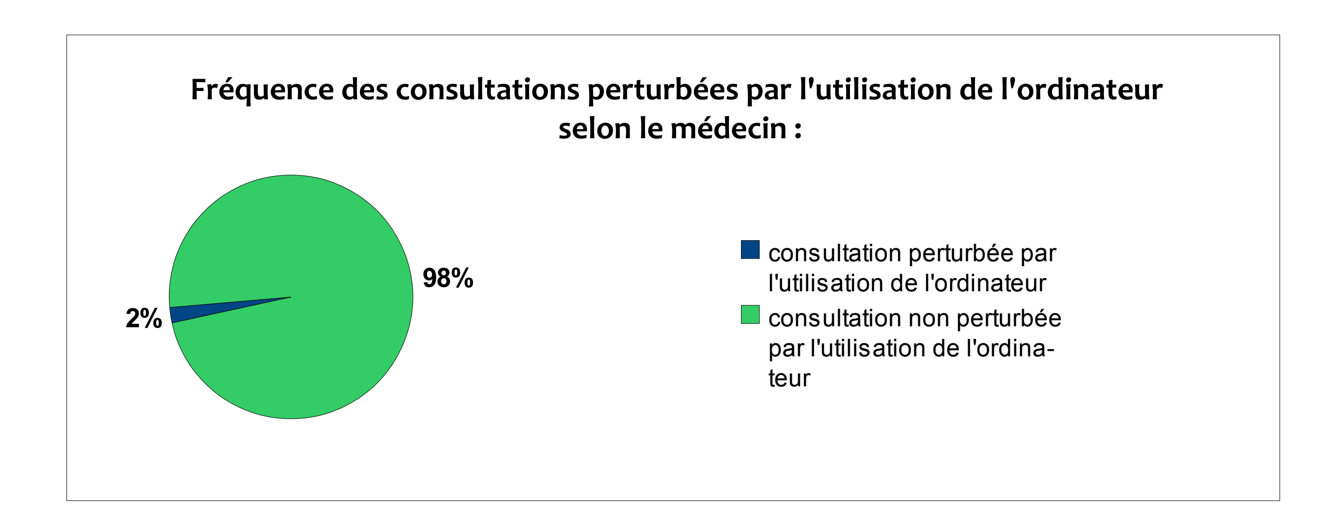
Sur 147 consultations,

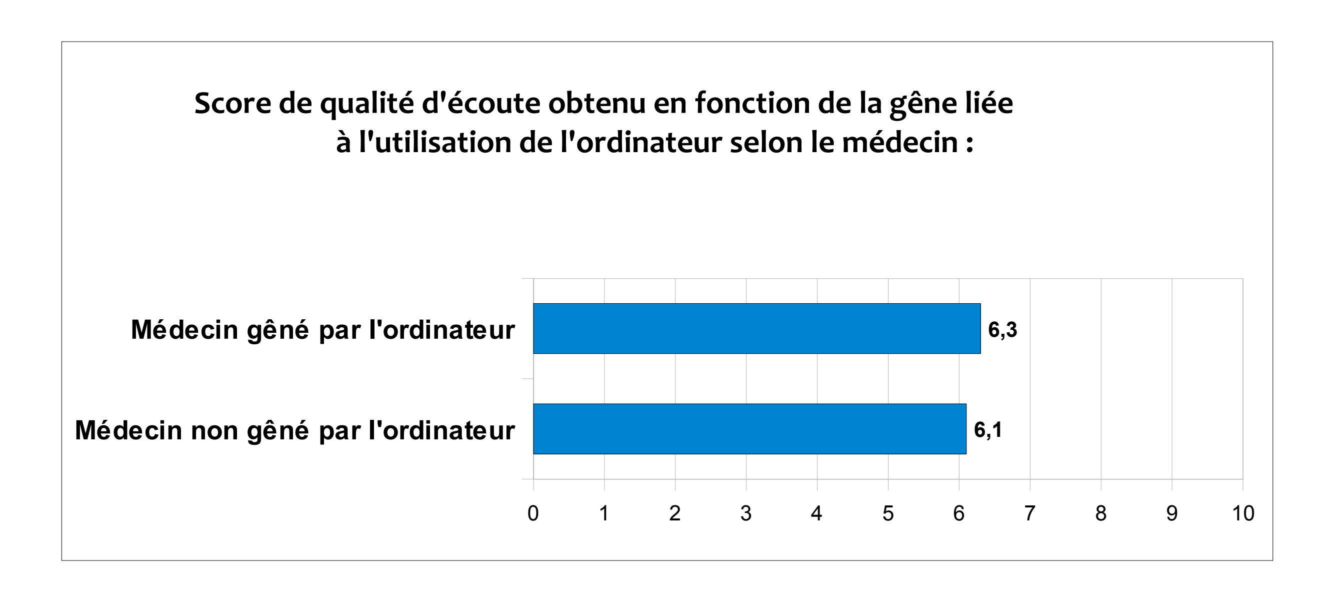
selon le médecin, l'utilisation de l'ordinateur :

- a perturbé la consultation : 3 fois,
- n'a pas perturbé la consultation : 144 fois.

selon le patient, l'utilisation de l'ordinateur :

- n'a jamais perturbé la consultation.



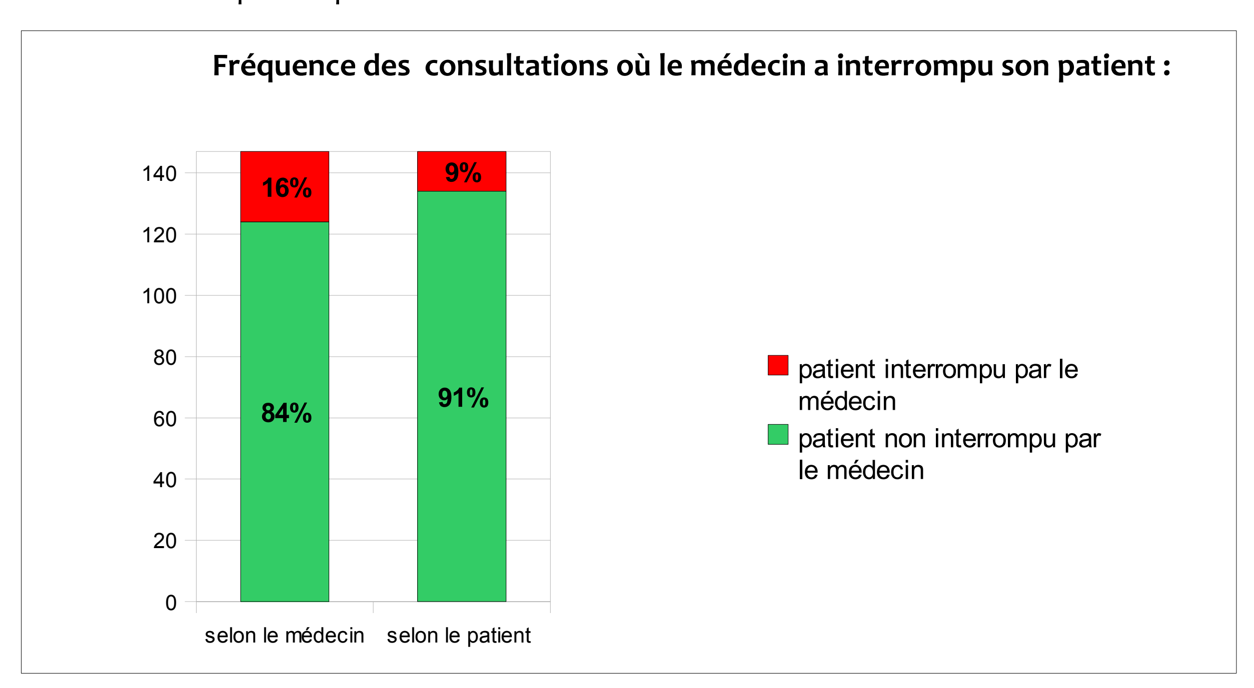

La gêne liée à l'utilisation de l'ordinateur pendant la consultation ne semble pas diminuer la qualité d'écoute du médecin.

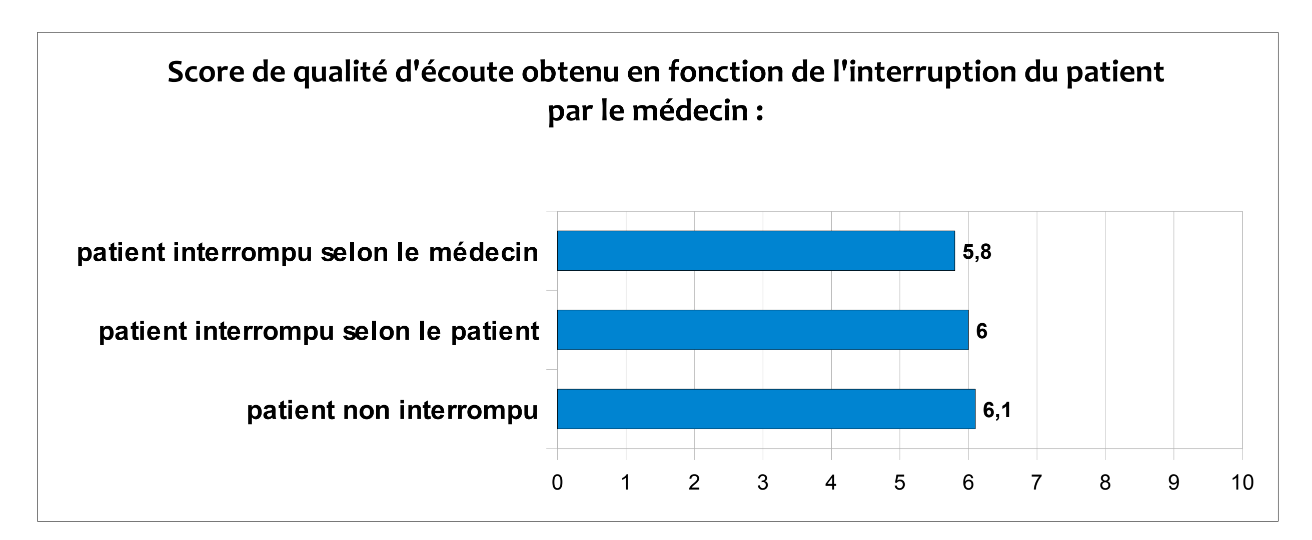
## 3.4 Attitude verbale du médecin :

### 3.4.1 Interruption du patient par le médecin :

Sur 147 consultations :
le médecin pense avoir interrompu son patient : **23** fois,
le patient pense que le médecin l'a interrompu : **13** fois.

Médecins et patients ne sont jamais d'accord sur le fait que le médecin ait interrompu son patient.




La qualité d'écoute du médecin semble diminuer lorsqu'il juge avoir interrompu son patient. Ce n'est pas le cas lorsque c'est le patient qui juge avoir été interrompu par son médecin.

### 3.4.2 Compréhension du langage utilisé par le médecin :

Sur 147 consultations,

- le médecin pense qu'il a toujours utilisé un langage facile à comprendre.
- le patient pense que le langage utilisé par le médecin a été facile à comprendre : **141 fois.**

**Fréquence des consultations où le langage du médecin a été difficile à comprendre par le patient :**

Explications demandées au médecin à chaque fois ( 6 fois sur 6 )

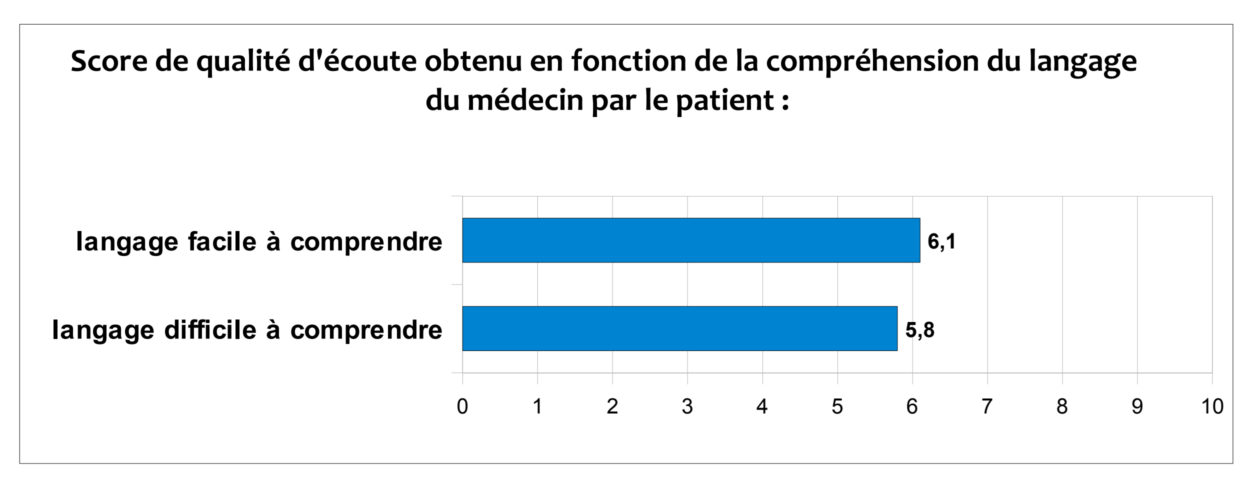
langage difficile à comprendre
langage facile à comprendre

150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

100%
4%
96%

selon le médecin
selon le patient

**Score de qualité d'écoute obtenu en fonction de la compréhension du langage du médecin par le patient :**




L'utilisation par le médecin d'un langage difficile à comprendre semble diminuer la qualité d'écoute.

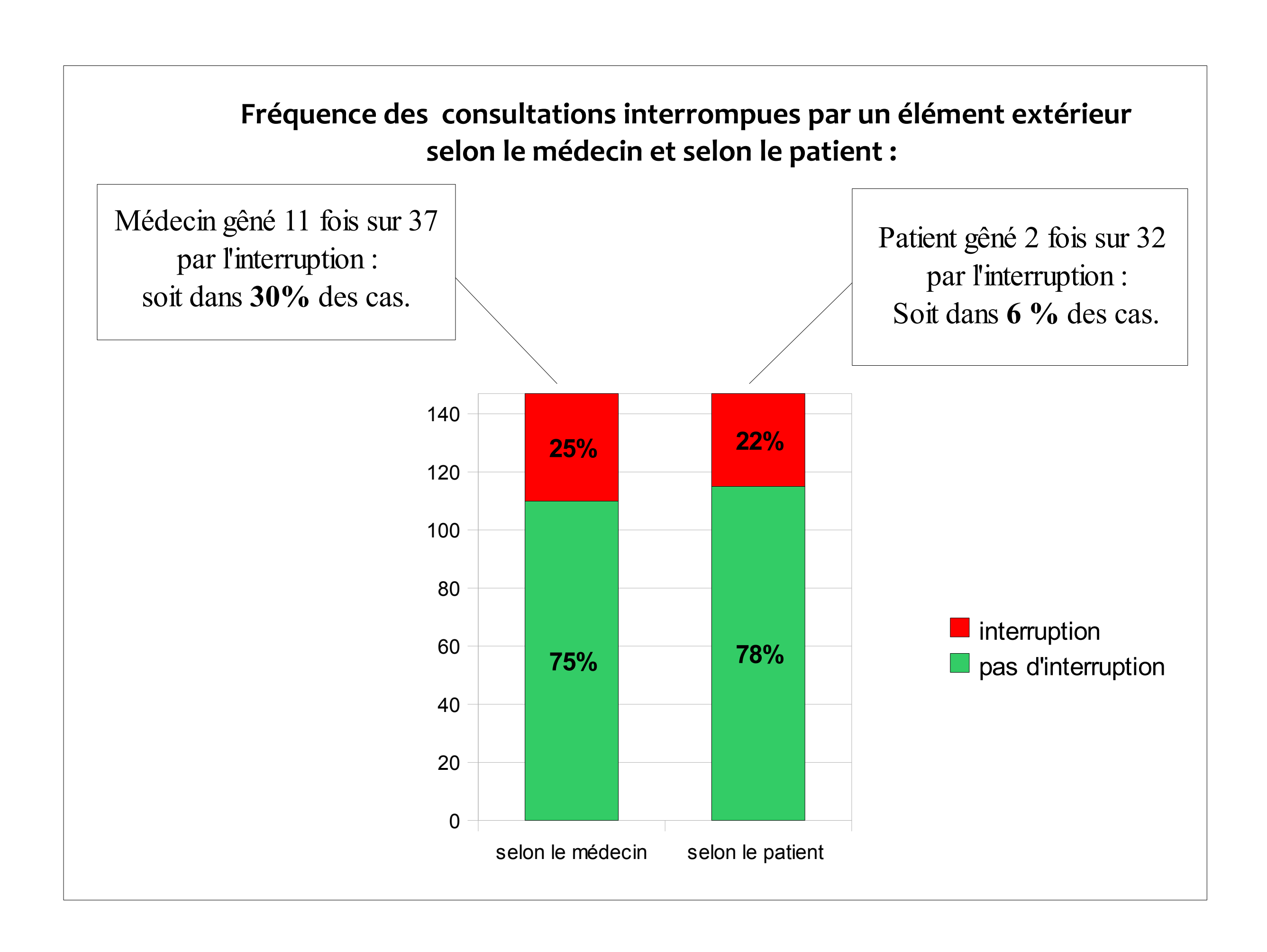
### 3.5 Interruption par un élément extérieur :

Sur 147 consultations,

- selon le médecin :
  **37** consultations ont été interrompues par un élément extérieur.
  Le médecin a été gêné **11** fois sur **37**.

- selon le patient :
  **32** consultations ont été interrompues par un élément extérieur.
  Le patient a été gêné **2** fois sur **32**.

- l'interruption par un élément extérieur a été perçue à la fois par le médecin et le patient **16** fois.
  L'interruption a gêné le patient : **1** fois.
  L'interruption a gêné le médecin : **5** fois.

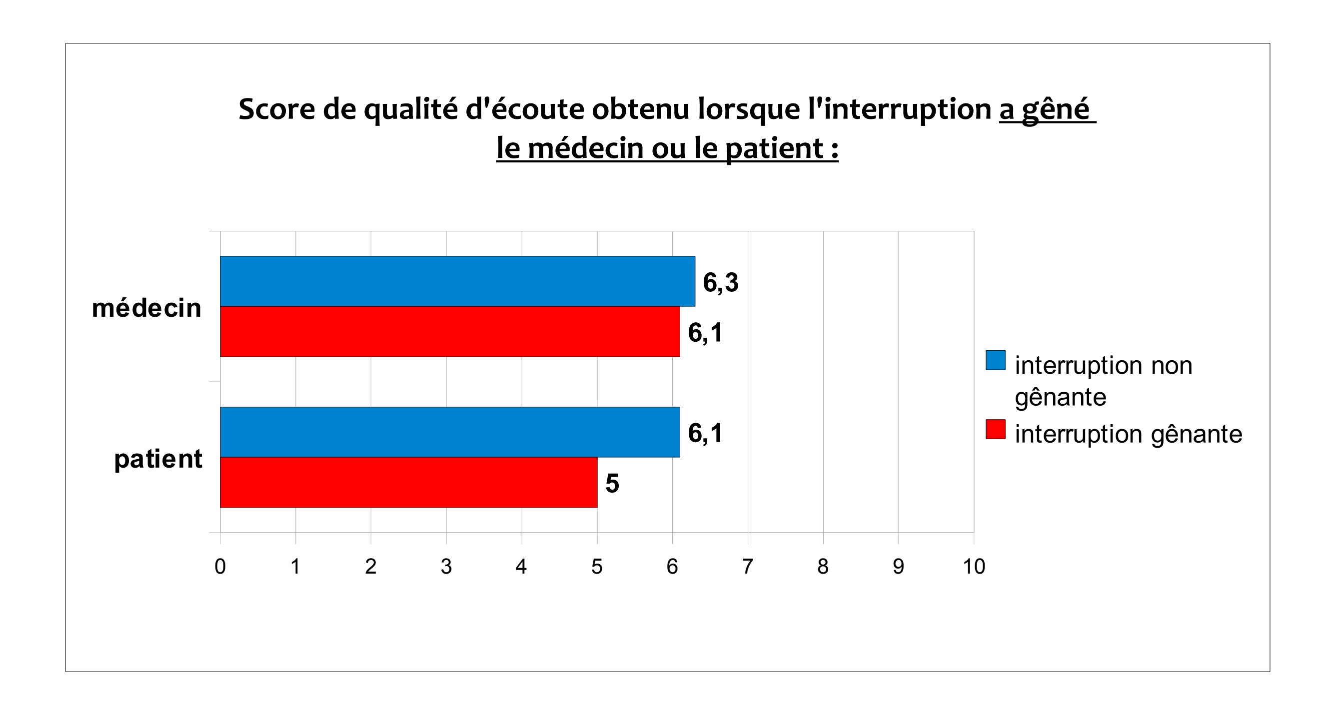


Le score moyen de qualité d'écoute quand la consultation a été interrompue par un élément extérieur est de :

- selon le médecin : **6/10,**
- selon le patient : **6/10.**

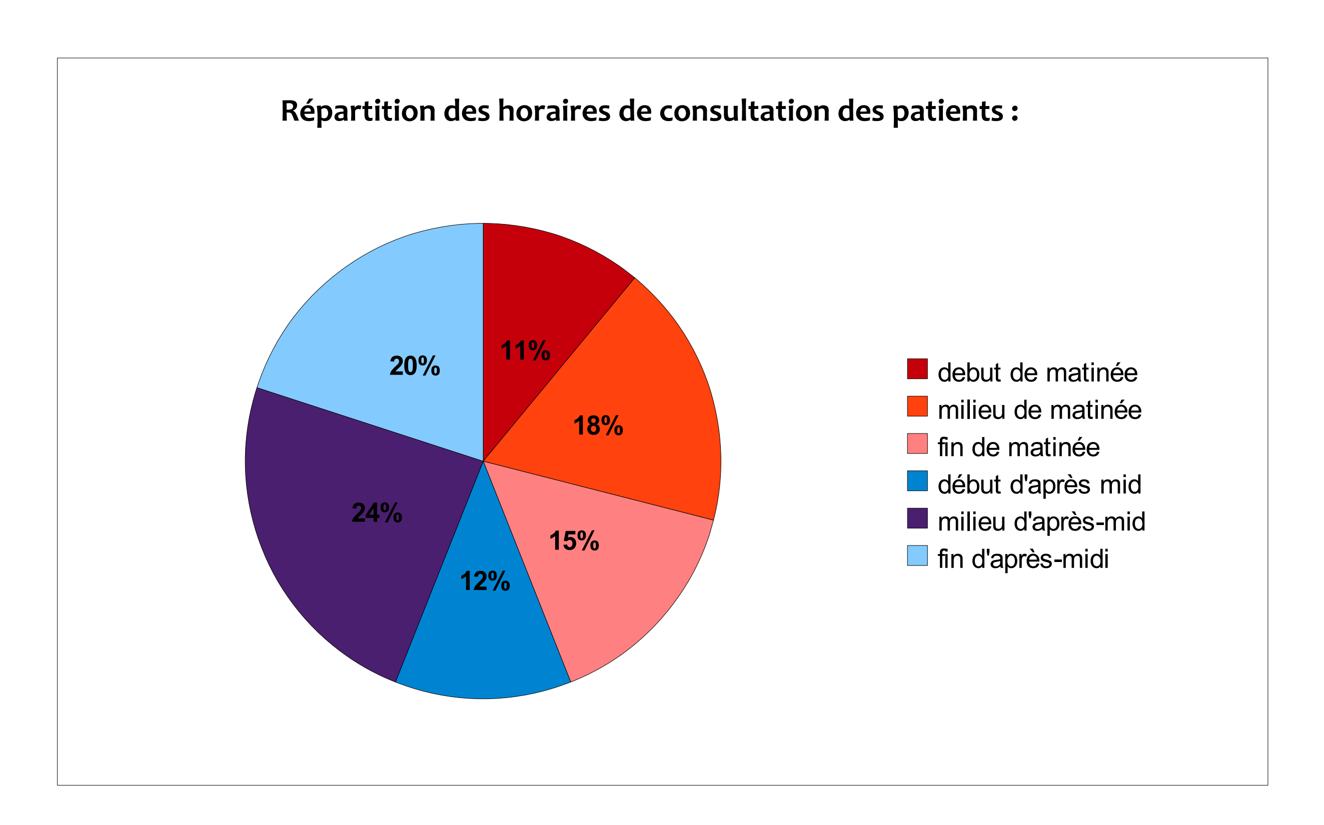
Le score moyen de qualité d'écoute lorsque l'interruption :

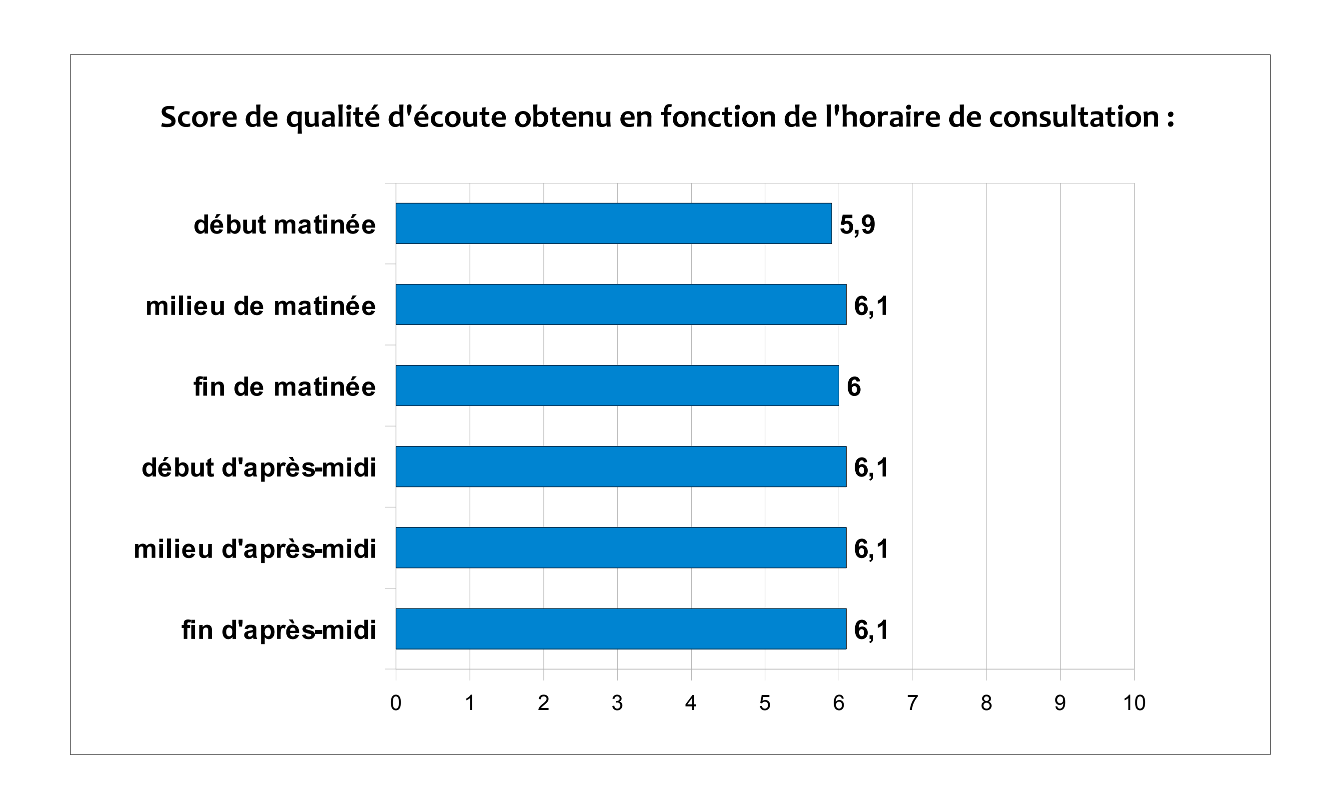
- a gêné le médecin est de : **6,1/10,**
- a gêné le patient est de : **5/10.**




L'interruption extérieure semble diminuer la qualité d'écoute du médecin uniquement lorsqu'elle est considérée gênante par le patient.

## 3.6 Horaire de la consultation :

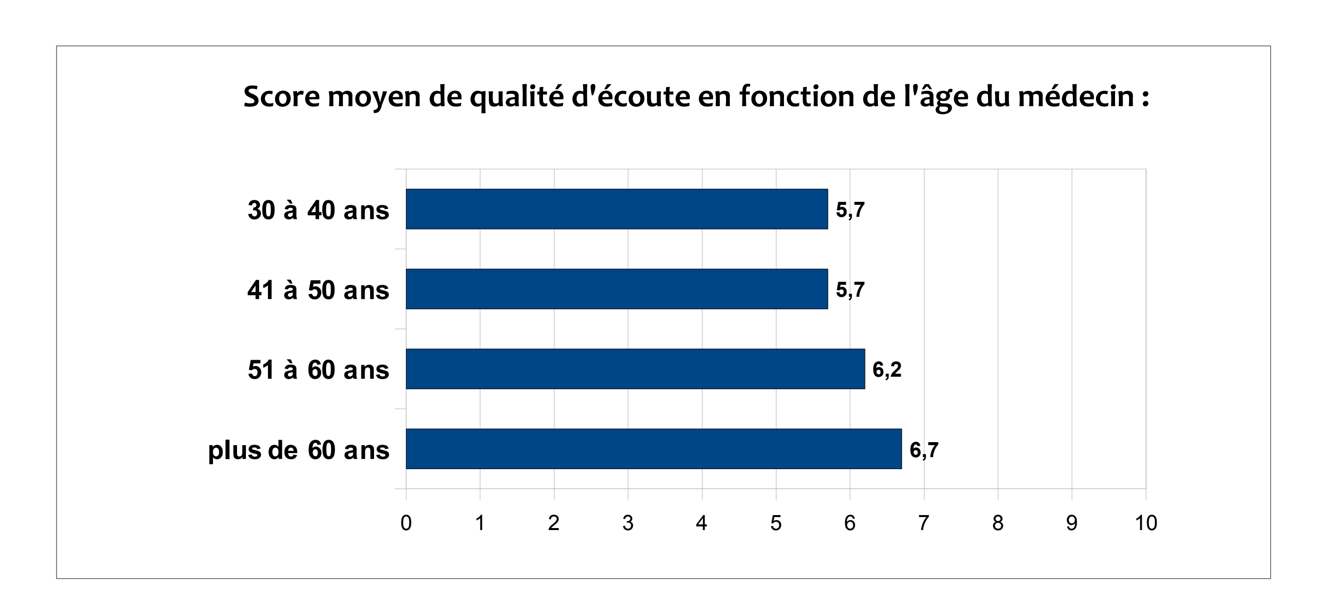



L'horaire de la consultation ne semble pas influencer la qualité d'écoute du médecin.

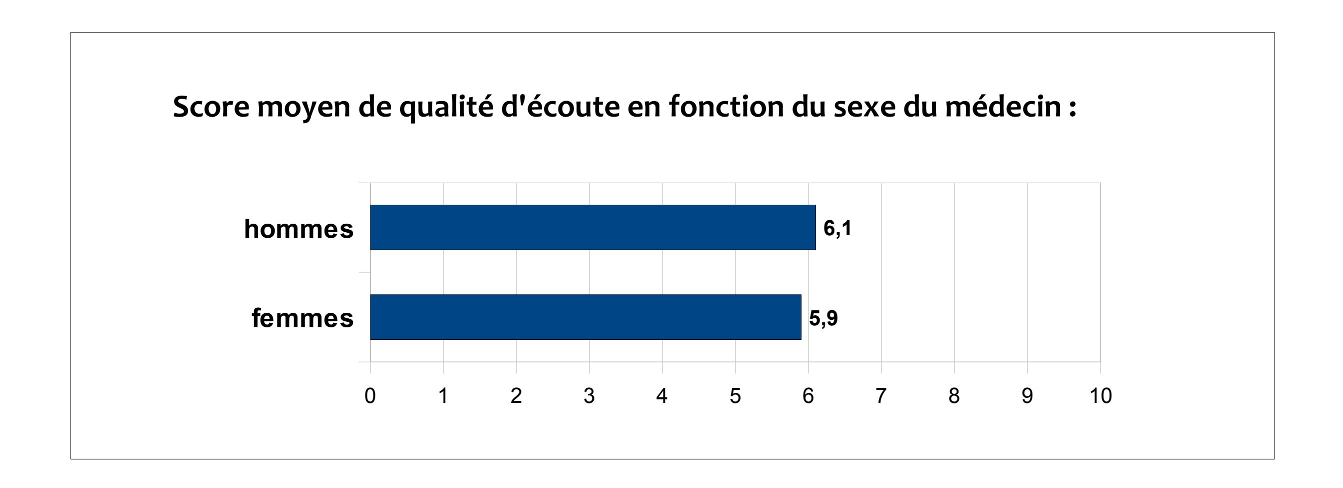
## 4. ETUDE DE L'INFLUENCE DES FACTEURS LIES AU MEDECIN SUR LA QUALITE D'ECOUTE :

a- Influence de **l'âge** du médecin sur la qualité d'écoute :



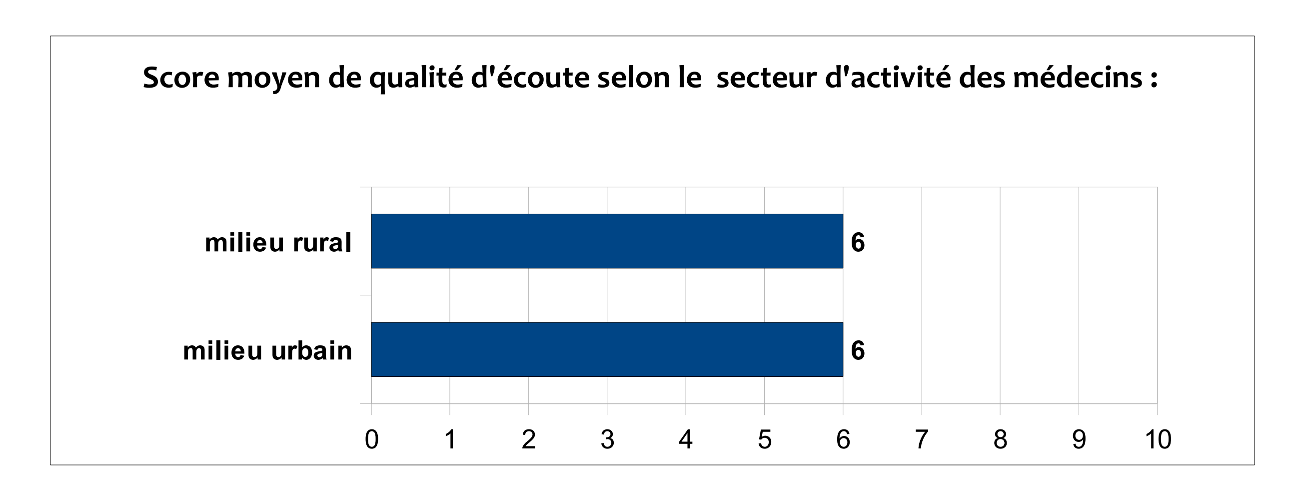

Il semble que la qualité d'écoute chez les médecins les plus âgés soit meilleure que chez les médecins plus jeunes.

b- Influence du **sexe** du médecin sur la qualité d'écoute :

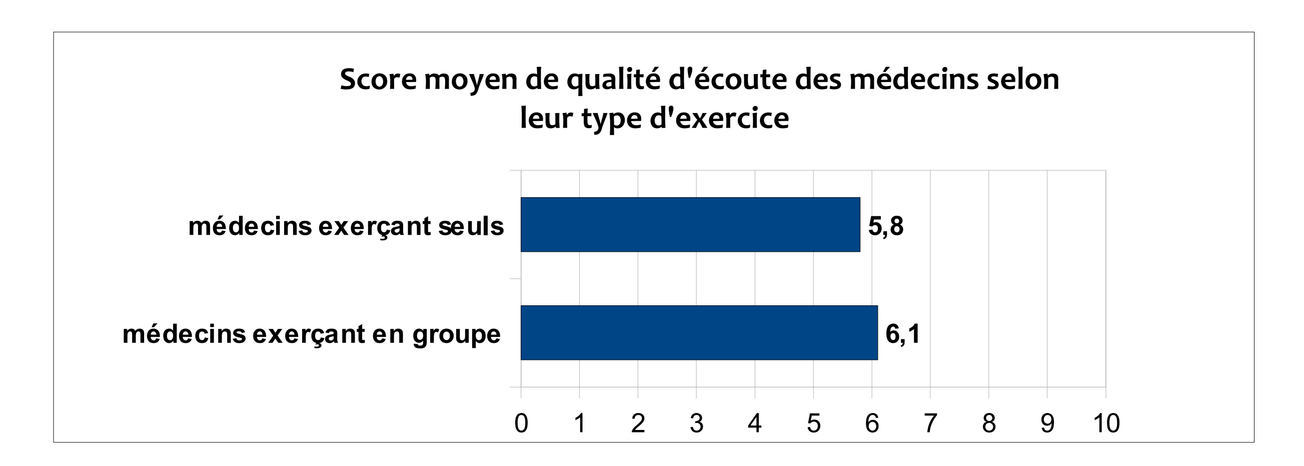



Le sexe du médecin ne semble pas influencer sa qualité d'écoute.

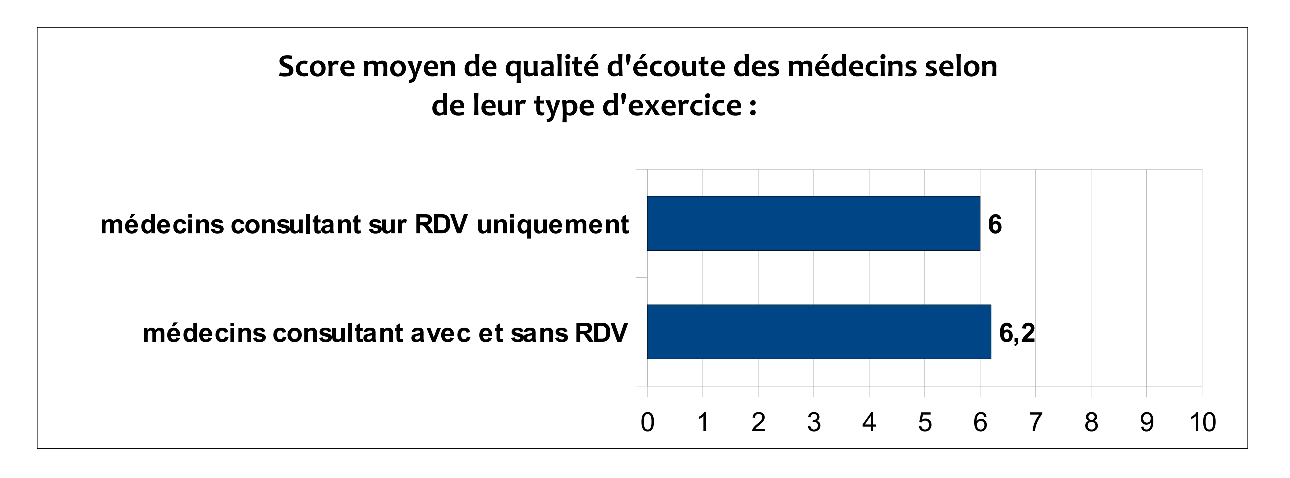
c- Influence du **type d'activité** du médecin sur la qualité d'écoute :




Le milieu dans lequel exerce le médecin ne semble pas influencer sa qualité d'écoute.

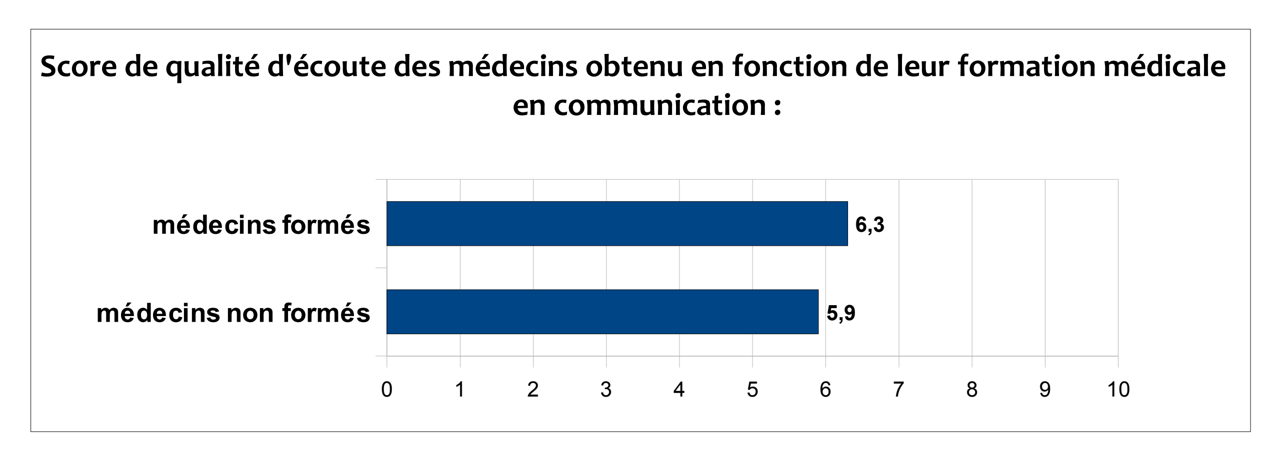



Le score de qualité d'écoute des médecins exerçant en groupe est légèrement plus élevé que celui des médecins exerçant seuls.

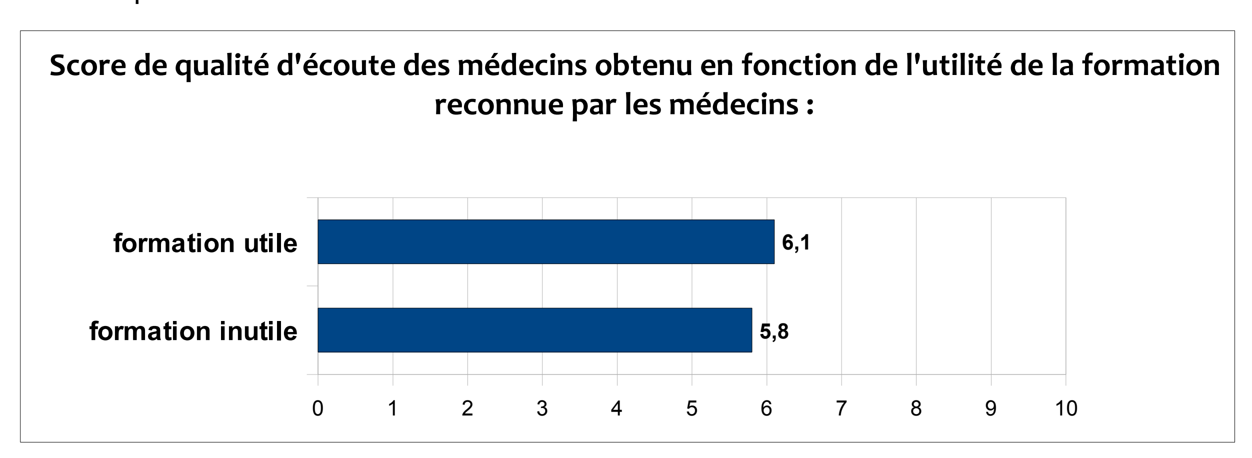



L'exercice avec ou sans rendez-vous ne semble quasiment pas influencer la qualité d'écoute des médecins.

d- Influence de la **formation médicale** du médecin sur la qualité d'écoute :

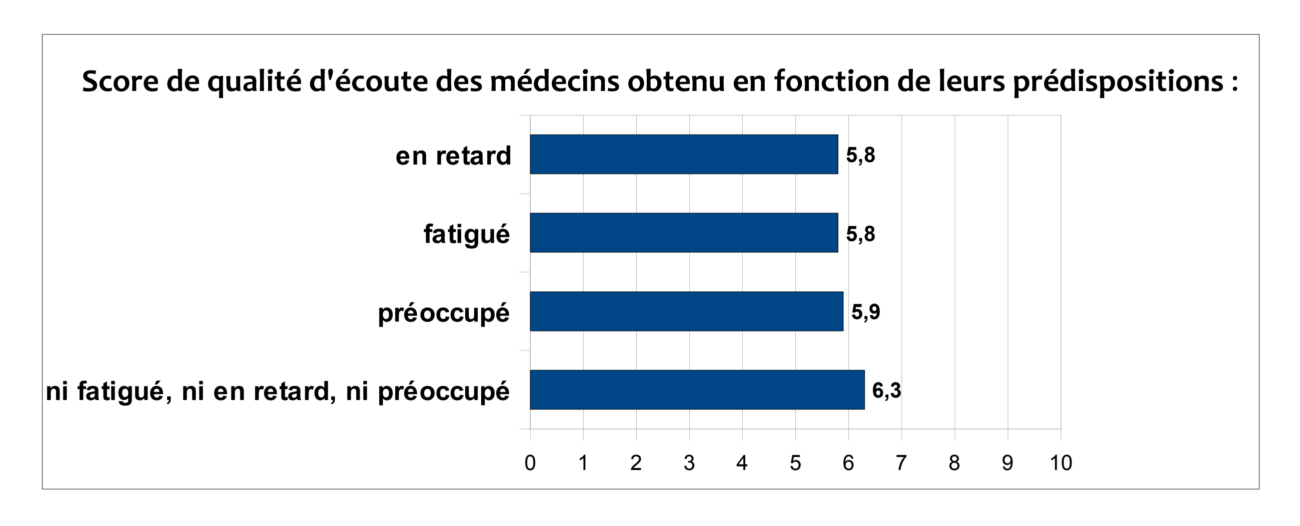



les médecins formés en communication semblent mieux écouter leurs patients que les médecins non formés.



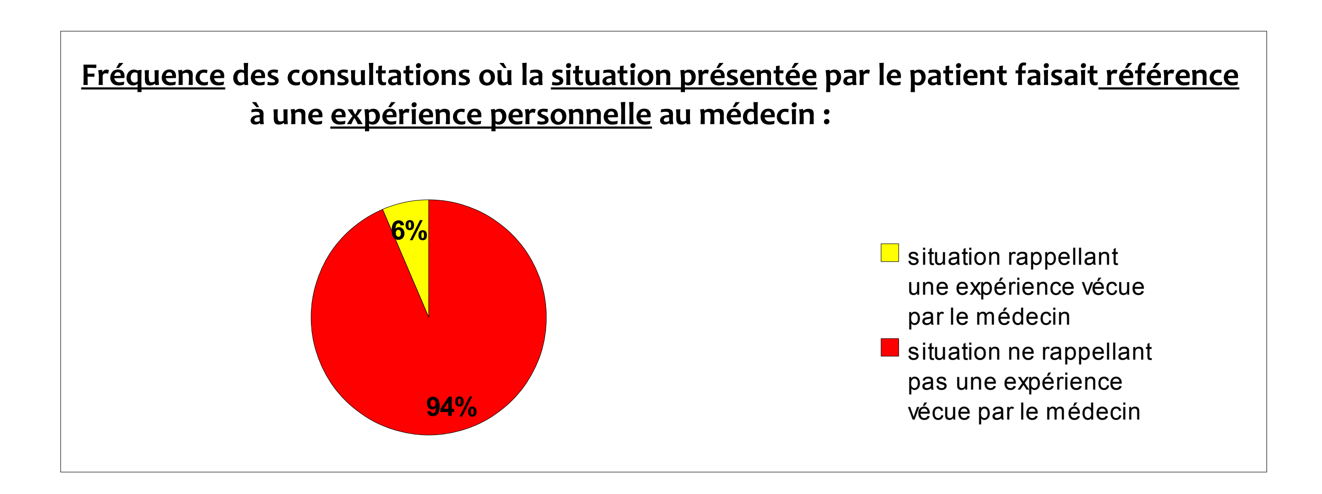

Les médecins jugeant la formation en communication utile semblent avoir une qualité d'écoute légèrement supérieure à celle des autres médecins.

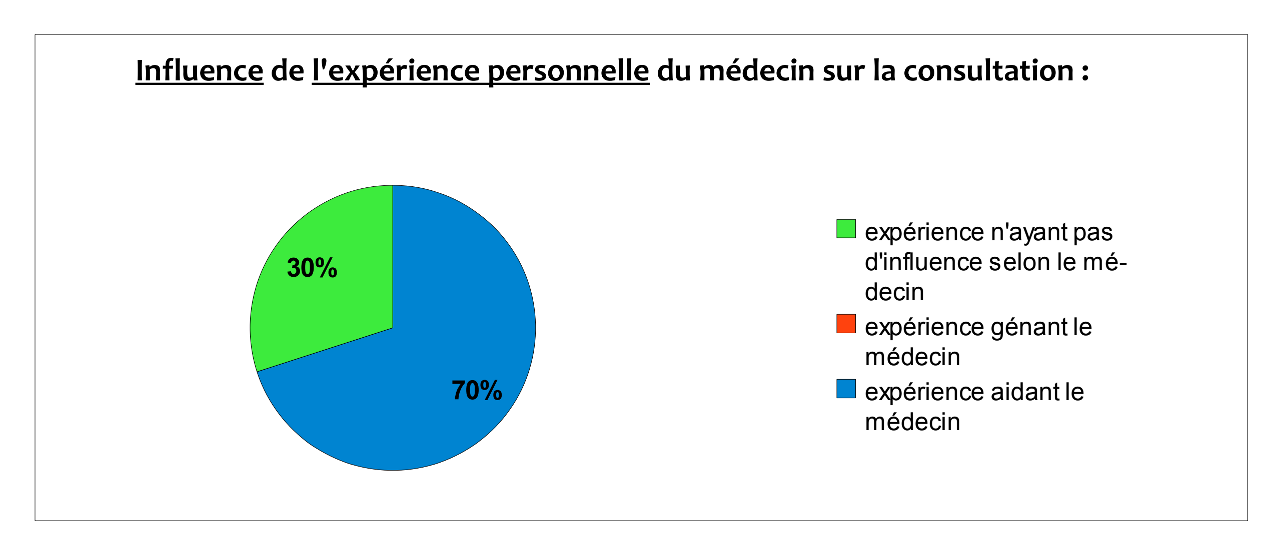
e- Influence des **prédispositions** du médecin sur la qualité d'écoute :

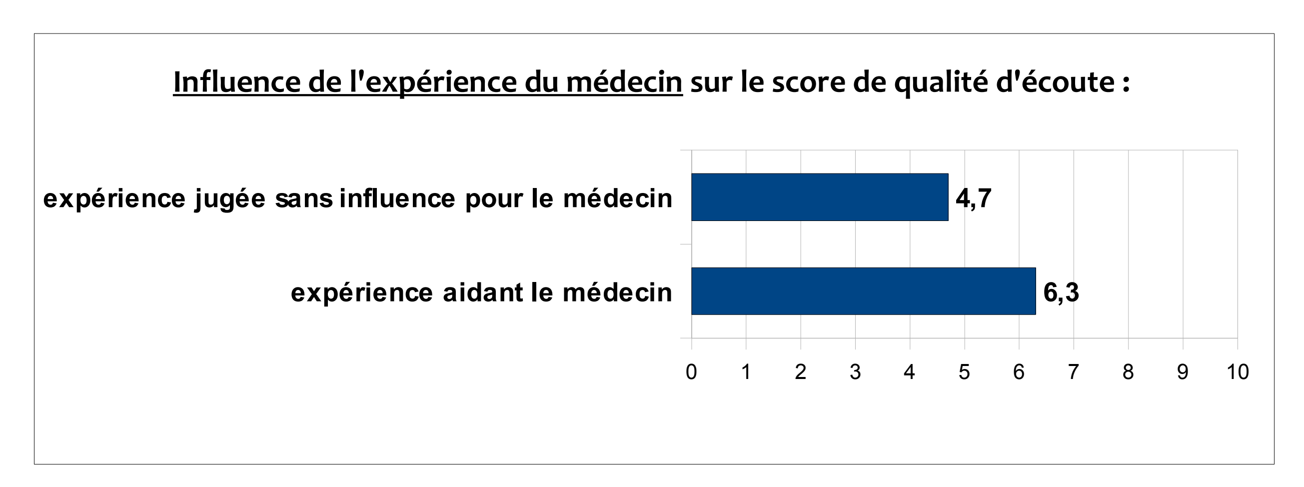



Les médecins semblent moins bien écouter leurs patients quand ils sont en retard, et/ou fatigués, et/ou préoccupés.

f- Influence de l'existence d'une **situation** évoquant une **expérience personnelle** au médecin sur la qualité d'écoute :



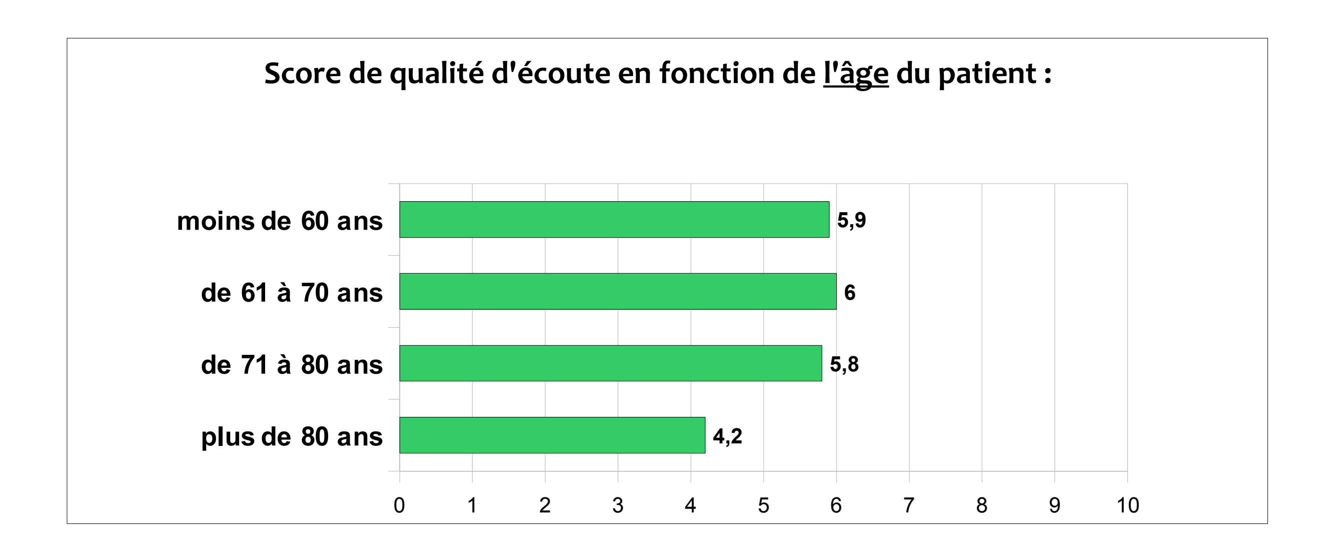




L'expérience personnelle du médecin semble pouvoir améliorer sa qualité d'écoute : il en a alors conscience.

Au contraire, lorsque le médecin juge que son expérience personnelle n'a pas d'influence sur sa qualité d'écoute, celle-ci semble diminuer.

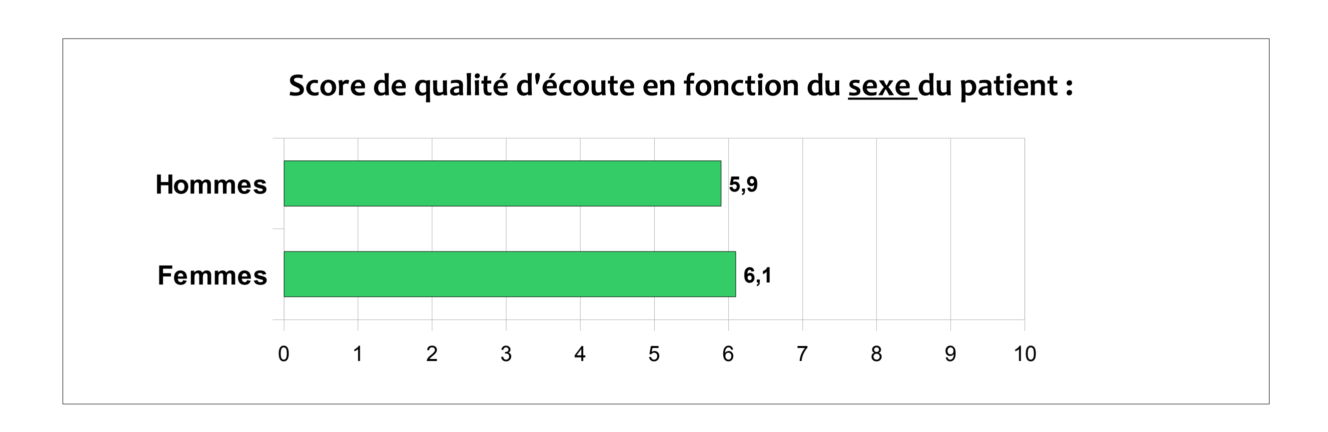
## 5. ETUDE DE L'INFLUENCE DES FACTEURS LIES AU PATIENT SUR LA QUALITE D'ECOUTE :

### a - Influence de l'**âge** du patient sur la qualité d'écoute :



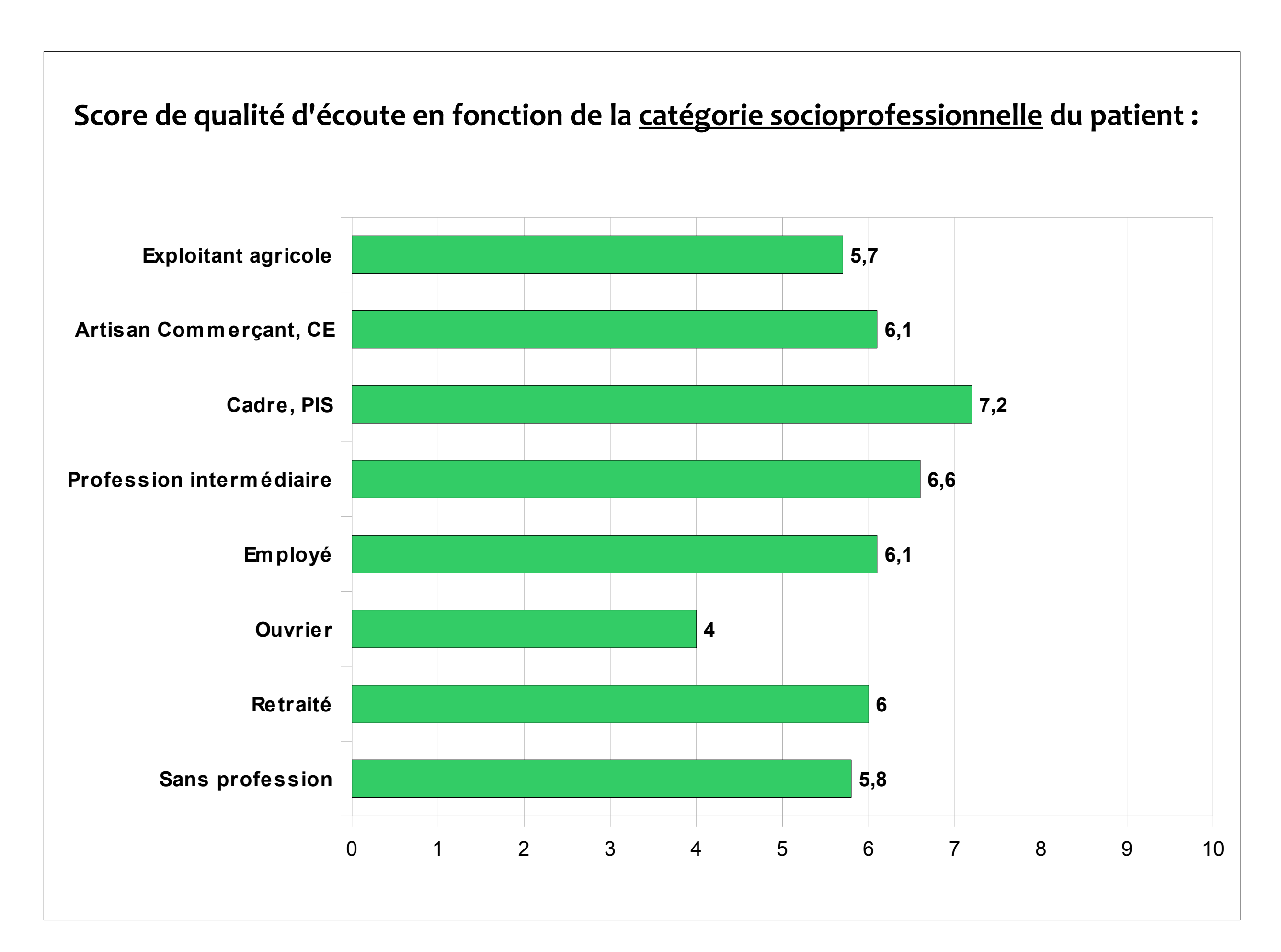

La qualité d'écoute des médecins semble diminuer pour les patients de plus de 80 ans.

### b - Influence du **sexe** du patient sur la qualité d'écoute :




Les médecins semblent écouter aussi bien les femmes que les hommes.

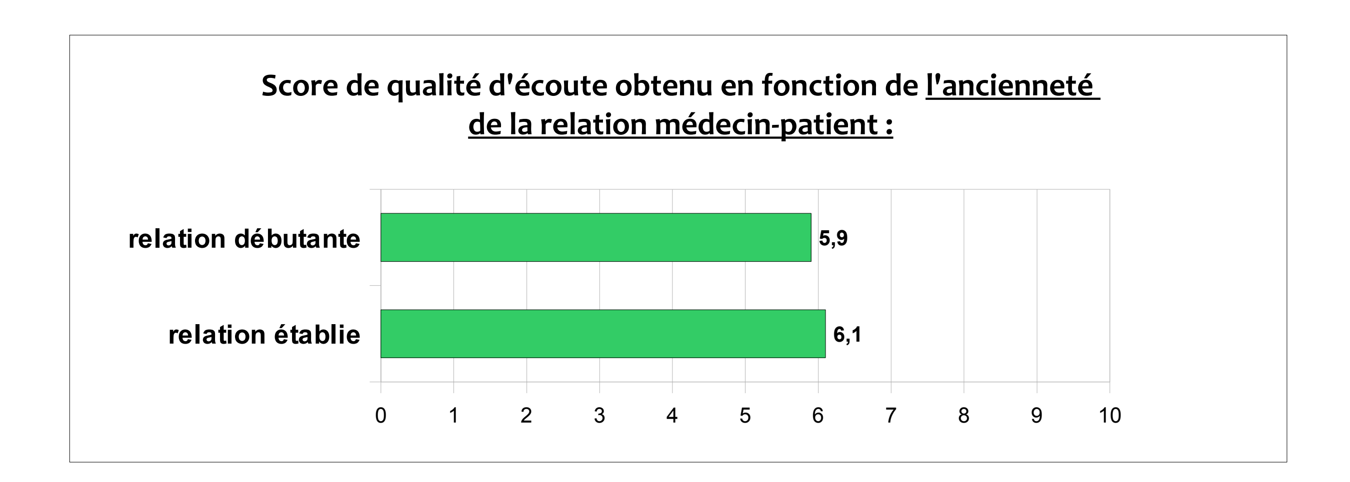
c - Influence de la **catégorie socioprofessionnelle** du patient sur la qualité d'écoute :

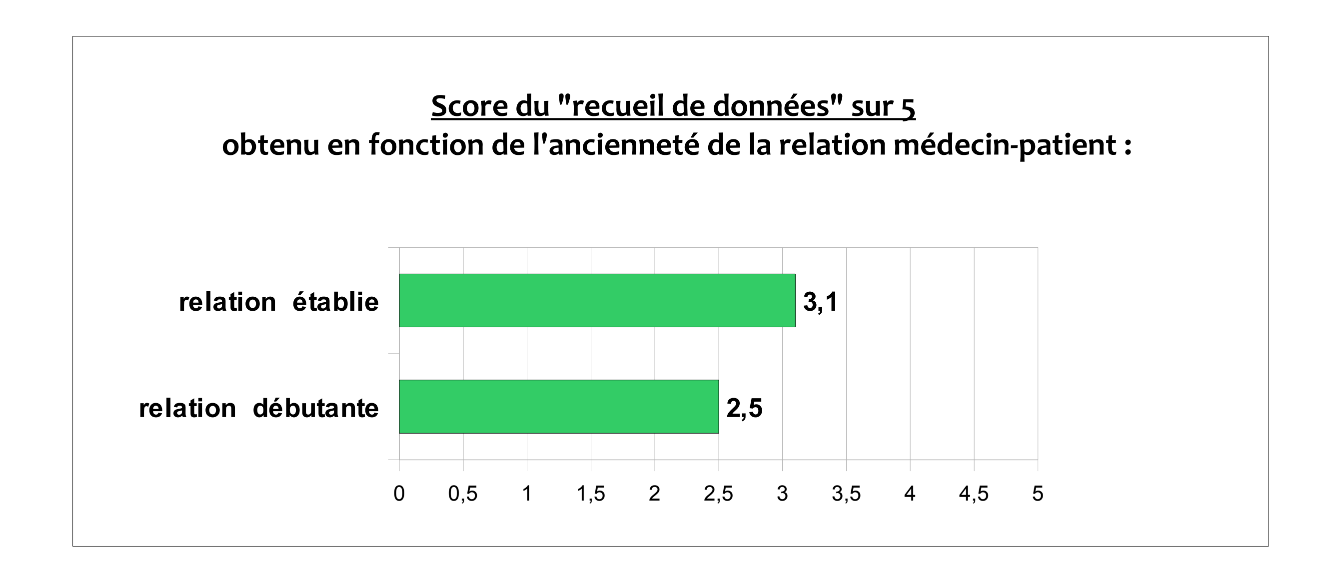



**PIS : Profession Intellectuelle Supérieure**
**CE : Chef d'Entreprise**

Les médecins semblent moins bien écouter les ouvriers, et mieux écouter les cadres, et patients de professions intellectuelles supérieures.

d - Influence de **l'ancienneté de la relation médecin-patient** sur la qualité d'écoute :




Les médecins semblent mieux écouter les patients qu'ils connaissent depuis longtemps. Ils semblent surtout mieux se centrer sur les patients qu'ils connaissent depuis longtemps.

## 6. ETUDE DE L'INFLUENCE DE LA QUALITE D'ECOUTE SUR LA SATISFACTION DU PATIENT ET DU MEDECIN :

*Satisfaction médecin-patient :*

| Satisfaction | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|---|---|---|---|
| Médecins | 25 | 108 | 14 | 0 |
| Patients | 90 | 56 | 1 | 0 |

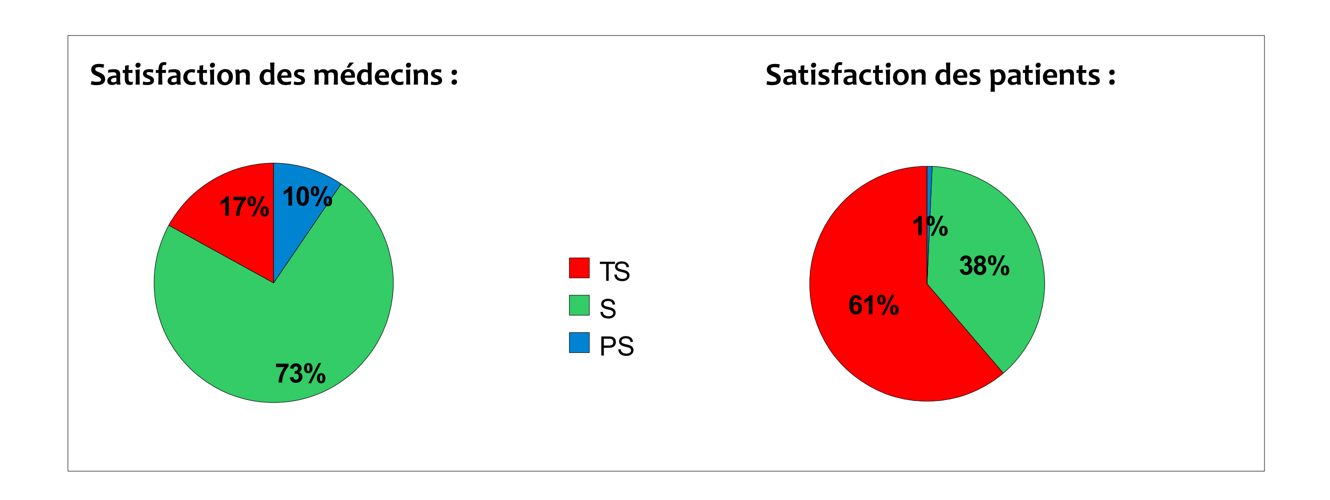
Sur 147 consultations,

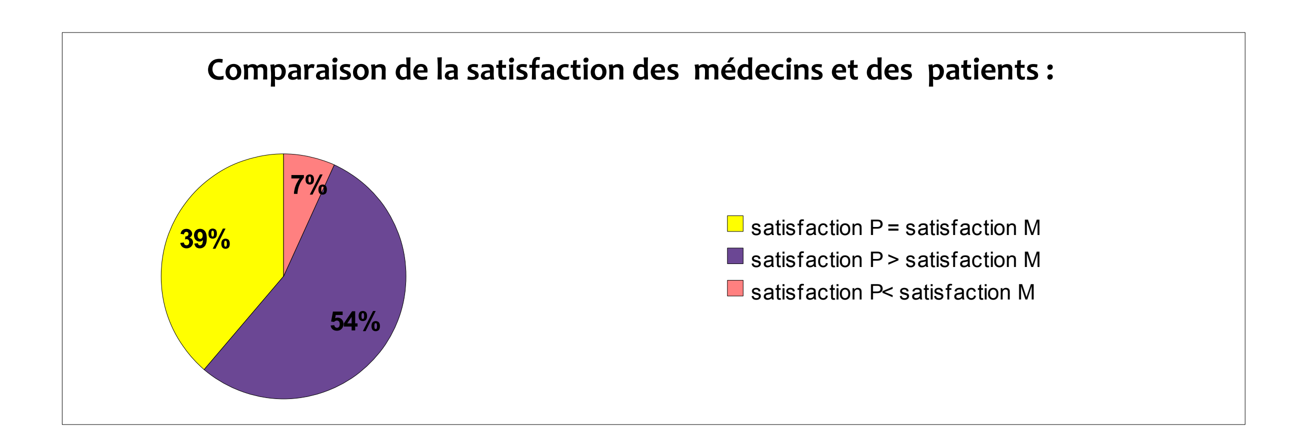
les patients ont été aussi satisfaits que leur médecin : **57** fois.
les patients ont été plus satisfaits que leur médecin : **80** fois.
les patients ont été moins satisfaits que leur médecin : **10** fois.

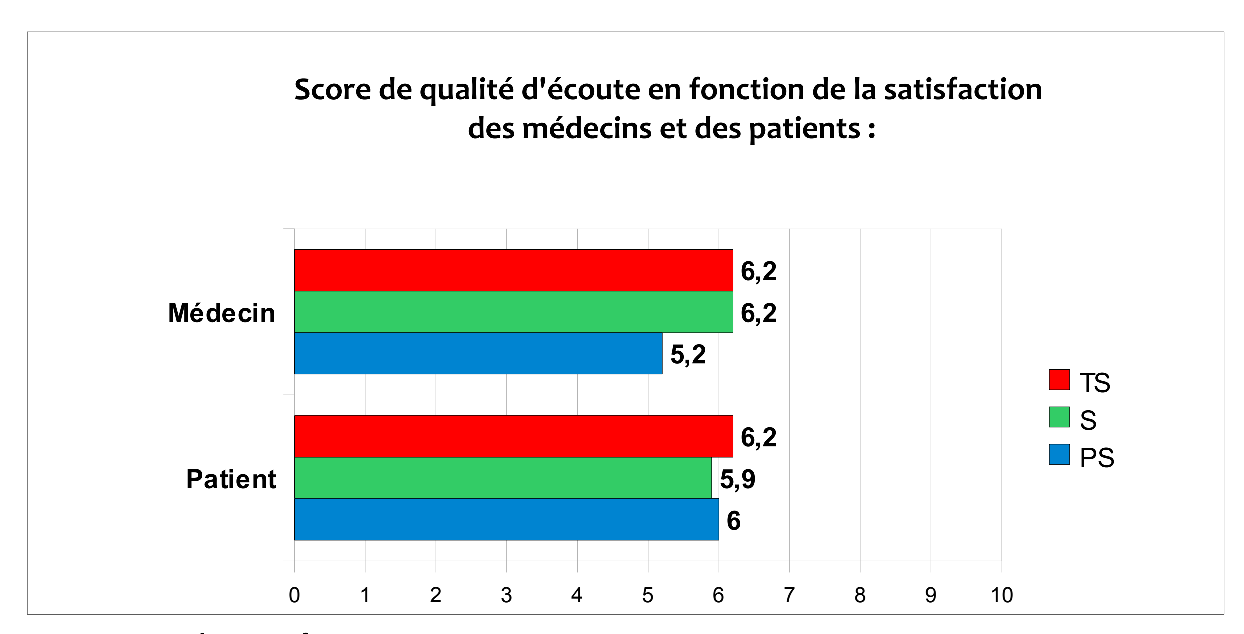
*Influence de la qualité d'écoute sur la satisfaction des médecins et des patients :*

| Satisfaction | **Médecins** très satisfaits et satisfaits | **Médecins** peu satisfaits et pas du tout satisfaits | **Patients** très satisfaits et satisfaits | **Patients** peu satisfaits et pas du tout satisfaits |
|---|---|---|---|---|
| Score de qualité d'écoute | **6,2/10** | **5,2/10** | **6,1/10** | **6/10** |

Le degré de satisfaction des médecins semble corrélé à leur qualité d'écoute.
Cela ne semble pas être le cas pour les patients.




TS : Très Satisfaits
S : Satisfaits
PS : Peu satisfaits

# DISCUSSION

# 1 LES LIMITES DE L'ETUDE :

## 1.1 LE PROTOCOLE DE L'ÉTUDE :

### 1.1.1 LA PARTICIPATION DES MÉDECINS :

**18** médecins ont participé sur **40** médecins sollicités.
Le taux de participation est de **45**%.
Caractéristiques des médecins ayant participé :

| Caractéristiques | Médecins ayant participé | Médecins généralistes exerçant dans les Landes |
|---|---|---|
| Sexe:<br>• Hommes<br>• Femmes | <br>67%<br>33% | <br>68%<br>32% |
| Age :<br>30 à 40 ans<br>41 à 50 ans<br>51 à 60 ans<br>61 à 70 ans | <br>28%<br>22%<br>29%<br>11% | <br>13%<br>22%<br>34%<br>31% |
| Secteur d'activité:<br>Rural<br>Urbain | <br>28%<br>72% | <br>30%<br>70% |

La représentativité des médecins ayant participé est respectée sur les critères du sexe et du secteur d'activité.
Pour le critère de l'âge, les médecins jeunes ont proportionnellement plus participé que les médecins les plus âgés.

Le faible taux de participation des médecins en général confirme la réticence des médecins à l'évaluation. Mais la participation plus élevée des jeunes médecins traduit peut-être une évolution des mentalités avec une meilleure acceptation à l'évaluation et à la formation continue.

Les raisons de refus de participation évoquées par les médecins contactés par téléphone étaient : le manque de temps, le réticence, et le manque d'intérêt pour le sujet.

Il existe peut-être un biais de participation des médecins :
sur les **18** médecins ayant participé, **4** seulement (22,2%) jugent la formation en communication inutile.
Les médecins qui ont répondu à l'étude sont probablement plus sensibles et plus intéressés par la communication que les autres, et sont donc peut-être plus à « l'écoute » … de leurs patients ?

#### 1.1.2 La sélection des patients :

Il existe un <u>biais de sélection des patients</u> :

Les critères de sélection par le médecin des consultations à analyser laissaient au médecin la possibilité de choisir les consultations qui s'étaient « bien passées ».
C'est d'ailleurs ce qu'ils ont signalé dans leurs remarques à la fin de la fiche individuelle de renseignement :

« *j'ai choisi les personnes à qui j'ai remis les questionnaires, c'était probablement les personnes avec qui je me suis senti le plus à l'aise* »; « *il était tentant de distribuer les questionnaires à la fin des consultations qui s'étaient bien déroulées* ».

Ce biais de sélection n'a pu être évité de part :

- des contraintes de temps : je n'ai pas pu me rendre dans chaque cabinet pour distribuer de façon aléatoire les questionnaires aux médecins et aux patients;

- ma volonté d'obtenir un taux raisonnable de participation des médecins : je n'ai pas voulu donner d'avantage de directives aux médecins sur le mode de distribution des questionnaires.

#### 1.1.3 La connaissance du questionnaire par les médecins :

Les médecins avaient connaissance, avant la consultation, des critères analysés à travers le questionnaire. Ils ont donc pu être plus attentifs au déroulement de la consultation et à leur attitude envers leurs patients.
Cet élément a également été signalé dans les remarques des médecins :

« *Après avoir rempli le 1er questionnaire, j'ai été plus attentive aux interruptions, à regarder le patient, à ne pas couper la parole … peut-être en vain ?* ».

### 1.2 Le contenu des questionnaires :

L'utilisation de questions fermées simples obligeaient le médecin et le patient à faire un choix « tranché ». J'ai privilégié ce type de questions pour faciliter le recueil de données et l'analyse des résultats de mon étude. (Poser plus de questions ouvertes sur les croyances des patients aurait permis d'obtenir d'avantages d'informations sur celles-ci).

### 1.3 L'ANALYSE DES RÉPONSES :

L'analyse des réponses à la question ouverte concernant l'identification des motifs de consultation a nécessité une interprétation concernant la nature et le nombre de motifs de consultation :

il n'a pas toujours été facile de comparer la nature des « motifs » de consultation évoqués par les patients, et ceux évoqués par les médecins.
La classification CISP-2, grâce à ses 3 entrées : motif de recours, procédure et diagnostic, m'a permis de faire le lien entre les motifs évoqués par les patients, et les motifs (souvent des diagnostics) évoqués par les médecins.

**Ces différents biais renforcent l'importance des discordances médecin-patient observées dans cette étude.**

## 2 LE SCORE DE QUALITÉ D'ÉCOUTE :

### 2.1 L'OUTIL UTILISÉ :

Je n'ai pas retrouvé d'outil validé pour l'évaluation de la qualité d'écoute des médecins.
Le score basé sur 10 items que j'ai utilisé n'est donc pas "consensuel".
J'ai attribué un point pour chacun des 10 items lorsqu'il y avait accord entre l'avis du médecin et celui du patient ( lorsque la qualité délivrée = la qualité perçue).

Le score n'étudie pas la « manière » dont la consultation s'est déroulée (la forme), mais analyse le résultat de l'écoute, en comparant l'avis du médecin à celui du patient sur le contenu de la consultation.

## 2.2 Le calcul du score de qualité d'écoute :

*Résultats :*

Concernant **"l'identification"** des motifs de consultation, médecins et patients ont été d'accord sur :

- la nature des motifs de consultation dans : **78**%des cas,
- le nombre de motifs de consultation dans : **40**%des cas,
- la hiérarchisation des motifs de consultation dans : **24**%des cas,
- l'existence ou non d''un motif de fin de consultation dans : **81**%des cas,
- l'existence ou non d'un problème non évoqué par le patient dans : **80**%des cas.

Concernant le **"recueil de l'information"**, médecins et patients ont été d'accord sur :

- l'existence ou non de craintes chez les patients dans : **63**% des cas,
- l'existence ou non d'idées chez les patients :
  - sur la cause de leurs problèmes dans : **67**% des cas,
  - sur le traitement de leurs problèmes dans : **55**% des cas,
  - sur la gravité de leurs problèmes dans : **43**% des cas,
- l'existence ou non de souhaits chez les patients dans : **65**% des cas.

Le score moyen de qualité d'écoute des médecins est de **6,1/10**.
Il varie de **4,3** à **7,7/10** en fonction des médecins.

*Interprétation :*

Ce score apprécie les capacités des médecins à identifier les motifs de consultation et les préoccupations éventuelles (craintes, croyances et souhaits) de leurs patients.
Il ne leur permet pas de conclure à une "bonne" ou une "mauvaise" qualité d'écoute.

Le détail de chaque item permet de déterminer les compétences acquises par les médecins, et celles qu'ils doivent développer.

**Pour la fonction : "identification" des motifs de consultation :**

Les médecins ont surtout des difficultés à hiérarchiser les motifs de consultation de leurs patients, (**76**% de désaccord médecin-patient), et à identifier le nombre de motifs de consultation ( **60**% de désaccord).

- Concernant la **hiérarchisation** des motifs de consultation, les faiblesses des médecins ont déjà été reconnues :

  Selon Beckman et Frankel : (14)

  - L'ordre dans lequel les problèmes sont présentés par les patients ne correspond pas à leur importance clinique.
  - Les médecins croient, souvent à tort, que la première plainte est la seule que le patient souhaite aborder.
  - Dans les visites de suivi, les médecins croient souvent que la consultation est la suite directe du dernier entretien et, négligent de poser les premières questions, ils abordent directement les points ayant fait l'objet des précédentes visites.

  Or, il est prouvé que le fait de hiérarchiser les problèmes selon les priorités à la fois du patient et du médecin permet de mieux percevoir les attentes et les préoccupations des patients.

  Joos et al (1996) (18) ont enseigné à des internes en médecine et à des praticiens les techniques à utiliser pour que les patients explicitent complètement les motifs qui les amènent à consulter et pour qu'ils conviennent ensemble du programme de la consultation. Ces médecins, après leur apprentissage, détectaient mieux les problèmes dont souffraient les patients et, la durée de la consultation n'en souffrait pas.

- Concernant l'identification **du nombre** de motifs de consultation :

  Le faible taux d'accord médecin-patient sur le nombre de motifs de consultation peut s'expliquer par la difficulté de comparer les "motifs" évoqués par les médecins et ceux évoqués par les patients.
  L'absence de classification commune rend leur comparaison difficile.(11)

  D'autres études retrouvent des résultats comparables :
  médecins et patients s'entendent sur les raisons de consultation dans moins de 50% des cas et 45% des préoccupations des patients ne seraient pas élucidés par les médecins.(5)

**Pour la fonction : "recueil des informations" :**

Les 5 derniers items du score permettent d'évaluer la capacité des médecins à se centrer sur leurs patients :

Selon STEWART et ses collaborateurs (19), pour parvenir à une approche centrée sur le patient, le médecin doit explorer les quatre dimensions suivantes :

- Le point de vue du patient quant à l'explication de son problème de santé : quelles sont les causes, selon lui ? (cause)
- Ses sentiments par rapport à ce problème : a-t-il des inquiétudes ou des préoccupations particulières ? (craintes)
- L'influence de ce problème sur son fonctionnement: comment ce problème modifie-t-il son quotidien, à la maison, dans ses loisirs, au travail ? (répercussions)
- Ses attentes à l'égard du médecin : a-t-il des attentes précises quant à l'investigation et au traitement ? (souhaits)

L'approche centrée sur le patient a de nombreux avantages :

Selon Levenstein (20), la prise en compte par le médecin des inquiétudes et des attentes du patient pendant la consultation influençait favorablement le degré de satisfaction de ce dernier et son observance des recommandations.
Selon Tuckett et al (1985), cela permet au patient de comprendre et retenir l'information donnée.

D'après mon étude, les médecins ont des difficultés à se centrer sur leurs patients : ils ne perçoivent correctement l'existence de craintes, de croyances et d' attentes chez leurs patients que dans un peu plus de la moitié des cas.

L'apprentissage de certaines techniques de communication telles que la reformulation, la vérification, et la clarification des propos des patients pourrait améliorer les compétences des médecins dans ce domaine.

**Devant le constat de ces lacunes, on pourrait proposer aux médecins d'améliorer certaines de leurs compétences :**

- Prêter plus d'attention à l'écoute et au screening (dépistage des problèmes) : technique consistant à utiliser des formulations ouvertes pour vérifier systématiquement si le médecin a bien compris tous les points que le patient voulait aborder; répéter le screening jusqu'à épuisement des problèmes. (23)

- hiérarchiser les problèmes du patient en tenant compte des priorités à la fois du patient et du médecin.

- S'efforcer à se centrer sur le patient, en cherchant à reconnaître les craintes, les croyances et les souhaits du patient, en essayant de vérifier la signification des indices verbaux et non verbaux relevés chez lui.

- Acquérir certaines techniques de communication utiles pour éviter erreurs et malentendus telles que :
  la reformulation, la vérification, et la clarification des propos du patient.

### 2.3 Informations obtenues par l'étude détaillée de chaque item du score

#### 2.3.1 Sur la nature des motifs de consultation :

*Résultats :*

*Influence de la nature des motifs de consultation sur la qualité d'écoute :*

| Nature des motifs | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Problème **social** | **3,5/10** | 0,01 | **OUI** |
| Problème **psychologique** | 6,7/10 | 0,09 | NON |
| Problème **digestif** | 6,7/10 | 0,10 | NON |
| Problème **ostéoarticulaire** | 6,3/10 | 0,11 | NON |
| Problème **cardiovasculaire** | 6,3/10 | 0,13 | NON |

*Interprétation :*

Le score de qualité d'écoute des médecins est significativement **plus faible** lorsque le patient consulte pour un **problème social** :

Je peux émettre les hypothèses suivantes pour l'expliquer :

- ✔ Les problèmes sociaux sont des sujets « tabou », véhiculant des idées reçues; les patients ont des difficultés à en parler, et les médecins des difficultés à les écouter.
- ✔ Les médecins considèrent peut-être que la gestion des problèmes sociaux ne font pas partie de leurs compétences.
- ✔ Devant le recrudescence des problèmes sociaux, et la difficulté à trouver des solutions, les médecins doivent se lasser et être moins attentifs à ce type de plaintes.
- ✔ Sans doute les médecins manquent-ils de formation dans ce domaine ?

Les médecins semblent par ailleurs, **mieux écouter** les patients présentant des **problèmes psychologiques,** ou des problèmes médicaux fréquemment rencontrés en médecine générale (**problèmes digestifs, ostéoarticulaires, et cardiovasculaires).** Ces résultats ne sont cependant pas statistiquement significatifs.

*Résultats :*

*Fréquence des motifs de consultation selon leur nature aigüe ou chronique :*

| Nature des motifs de consultation | Aiguë | Chronique | Mixte |
|---|---|---|---|
| selon le médecin | 33% | **31%** | 35% |
| selon le patient | 30% | **46%** | 25% |

Les patients admettent plus souvent pour motif principal de consultation un problème déjà connu (chronique) alors que le médecin donne plus souvent la priorité à un problème nouveau. (8)

Lorsque le patient vient consulter pour un problème chronique, il peut évoquer un problème aigu qui est, selon lui, moins important. Le patient a profité de « son renouvellement d'ordonnance » pour parler d'un autre problème qui n'avait pas à lui seul motivé une consultation.

*Influence du caractère aigu ou chronique des motifs de consultation sur la qualité d'écoute :*

| Nature des motifs | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Problème **chronique** selon le médecin | **6,6/10** | 0,01 | **OUI** |
| Problème **chronique** selon le patient | **6,4/10** | 0,02 | **OUI** |
| Problème **aigu** selon médecin et patient | **5,9/10** | 0,01 ou 0,02 | **OUI** |

*Interprétation :*

Médecins et patients ne sont pas toujours d'accord sur la nature des motifs de consultation. Malgré cette différence d'appréciation, les réponses des médecins et patients révèlent que la qualité d'écoute des médecins est (significativement) meilleure pour les problèmes chroniques.
On peur penser que le médecin, au fur et à mesure des consultations, cerne mieux le problème de son patient ainsi que ses répercussions, et parvient à une meilleure écoute et compréhension de son patient.

### 2.3.2 SUR LE NOMBRE DE MOTIFS DE CONSULTATION :

*Résultats :*

Le nombre moyen de motifs de consultation dans mon étude est de :
**1,87** selon les médecins,
**1,68** selon les patients.

| Nombre de motifs | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| > ou = à 3 selon le médecin | **5,3/10** | 0,01 | **OUI** |
| > ou = à 3 selon le patient | **5,8/10** | 0,17 | **NON** |

Le score de qualité d'écoute des médecins pour les consultations traitant de 1 ou 2 motifs de consultation est de **6,3/10** (selon médecin et patient)

*Interprétation :*

Le nombre moyen de motifs par consultation en France varie de **1,66** à **2,24** selon différentes études. (9) (10) (11) (12) (13)

La gestion de multiples motifs de consultation est une des caractéristiques de la médecine générale.
Cependant, au delà de 2 motifs de consultation, la qualité d'écoute du médecin est significativement moins bonne.

Peut-être que le médecin devrait d'avantage "écouter" son patient sans l'interrompre, ni l'orienter lors de l'énumération de ses motifs de consultation, pour ensuite établir le programme de la consultation et différer les problèmes les moins importants, s'il y a plus de 2 motifs de consultation.

### 2.3.3 <u>Sur les motifs de fin de consultation :</u>

*Résultats :*

*Fréquence des motifs de fin de consultation :*

- Les médecins perçoivent plus de motifs de fin de consultation que leurs patients (**13%** versus **8%**).
- Quand il existe un motif de fin de consultation, il n'est identifié à la fois par les médecins et les patients que dans **14,2%** des cas.

*Nature des motifs de fin de consultation, selon les médecins et les patients :*

| Nature des motifs de fin de consultation | Fréquence des problèmes de fin de consultation **selon les médecins** | Fréquence des problèmes de fin de consultation **selon les patients** |
|---|---|---|
| Problèmes **généraux** | 0% | 67% |
| Problèmes **psychosociaux** | 71% | 17% |
| Problèmes **cutanés** | 14,5% | 16% |
| Problèmes **ostéoarticulaires** | 14,5% | 0% |

*Influence de l'émergence d'un motif à la fin de la consultation sur la qualité d'écoute :*

| Motif évoqué en **fin de consultation** | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Selon le **médecin** | **4,7/10** | 0,01 | **OUI** |
| Selon le **patient** | **5,7/10** | 0,27 | **NON** |

*Interprétation :*

Les médecins tentent d'intervenir sur le seul problème immédiat, alors que les patients n'ont pas un, mais plusieurs « agendas cachés [2]» par consultation.(15)
La demande exprimée d'emblée par le patient n'est ni sa seule, ni souvent sa principale préoccupation.

**Dans mon étude, l'émergence d'un motif de fin de consultation diminue le score de qualité d'écoute. (significativement pour le médecin)**

**L'existence d'un motif de fin de consultation engendre une réaction négative de la part du médecin dans 40% des cas, et le médecin pense que cela rallonge la consultation dans 60% des cas.(16)**

**L'existence d'un motif de fin de consultation semble donc témoigner d'un dysfonctionnement pendant la consultation.**
**Pour mieux cerner ce dysfonctionnement, il aurait été intéressant de demander aux médecins et aux patients pourquoi le problème n'avait été évoqué qu'à la fin de la consultation.**

Il semblerait que la cause soit différente selon la nature du motif :

L'émergence tardive de problèmes "existentiels" ou "psycho-sociaux" au cours de la consultation pourrait être liée à une "gêne" de la part du patient, à des difficultés à se livrer.

L'émergence tardive des motifs d'ordre "biomédicaux" pourrait être liée au fait que :

- les patients les considèrent "moins importants";
- le médecin n'ait pas laissé parler son patient. Dans ce cas-là, poser la question « quoi d'autres »? aurait peut-être permis au médecin de découvrir à temps "l'agenda caché" du patient.(17)
- les patients aient "peur" de la gravité de leur problème, ou craignent la révélation du diagnostic.

2 "Agenda caché ": terme utilisé par différents auteurs pour décrire les problèmes nouveaux introduits par le patient en fin de consultation.

### 2.3.4 Sur l'existence d'un problème non évoqué par le patient pendant la consultation :

*Résultats :*

*Fréquence et causes des problèmes non évoqués, selon les médecins et selon les patients :*

| Problème non évoqué | Fréquence | Par manque de temps | Par stress ou angoisse | Pour une autre raison |
|---|---|---|---|---|
| selon le médecin | 12% | **6%** | **53%** | 41% |
| selon le patient | 6% | **78%** | **0%** | 22% |

**Lorsque les médecins pensent que leurs patients présentent un problème « caché », ils se trompent dans 82% des cas.**
**Lorsque les patients présentaient réellement un problème dont il n'ont pu parler, les médecins ne l'ont perçu que dans 1/3 des cas.**

*Influence de l'existence d'un problème non évoqué par le patient sur le score de qualité d'écoute :*

| Existence d'un **problème non évoqué** par le patient | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Selon le **médecin** | **5,8/10** | 0,30 | **NON** |
| Selon le **patient** | **6/10** | 0,42 | **NON** |

*Interprétation :*

Les médecins surestiment l'existence de problèmes dont leurs patients n'ont pu parler.
De plus, ils pensent à tort que ce problème est générateur de stress ou d'angoisse pour leurs patients.
Il semblerait que du point de vue du patient, ce soit plus par manque de temps que par gêne.

Il semble que le patient ne reparte pas sans parler d'un problème qu'il considère important : s'il n'a pas l'occasion de le faire au début de la consultation, ce problème émergera en fin de consultation.

### 2.3.5 Sur les craintes des patients :

*Résultats :*

| Craintes | Fréquence | Craintes exprimées | Patients rassurés |
|---|---|---|---|
| selon les médecins | 46% | 84% | 85% |
| selon les patients | 24% | 100% | 92% |

Les médecins ont perçu à tort des craintes chez leurs patients dans 62% des cas.

*Interprétation :*

Il est rassurant de constater que, lorsque les patients avaient des craintes, ils ont toujours pu les exprimer, et ont presque toujours été rassurés. (même si les médecins ne les ont pas perçues)

D'autre part, les médecins ont souvent perçu à tort, des craintes chez leurs patients.
Différents indices (verbaux, non verbaux, liés au contexte) poussent les médecins à penser que leurs patients ont des craintes, mais ils se trompent : il ne suffit pas de relever ces différents indices, il faut les vérifier un à un avec le patient, et y répondre. (18)

La clarification des propos du patient et le résumé intermédiaire sont deux autres techniques qui peuvent être utiles au médecin pour éviter ce type de malentendu.

La surestimation des craintes des patients par les médecins traduit une méconnaissance de ces "techniques de communication" par les médecins.

### 2.3.6 Sur les représentations et croyances des patients :

*Résultats :*

| Croyances | Idées sur la **cause** du problème de santé | Idées sur le **traitement** du problème de santé | Idées sur la **gravité** du problème de santé |
|---|---|---|---|
| selon les médecins | 81% | 71% | 63% |
| selon les patients | 63% | 56% | 47% |

Les patients ont discuté avec leurs médecins de leurs croyances entre **88% et 97%** des cas.(**88**% en ce qui concerne la cause, **93**% en ce qui concerne le traitement et **97**% en ce qui concerne la gravité de leurs problèmes).

Les médecins ont perçu à tort des idées chez leurs patients sur:

- la cause de leurs problèmes dans: **32**% des cas,
- le traitement de leurs problèmes dans : **42**% des cas,
- la gravité de leurs problèmes dans : **50**% des cas.

*Interprétation :*

Dans la majorité des cas, les patients ont déclaré avoir parlé de leurs croyances avec leurs médecins ( **88** à **97**%).
Donc, si les médecins perçoivent chez leurs patients des représentations sans que ces derniers ne les aient clairement exprimées, ils auront intérêt à les vérifier.

Rappelons que la démarche centrée sur le patient n'est pas applicable à toutes les consultations.

Pour un problème aigu et simple, la compréhension de l'expérience de la maladie se fait habituellement assez rapidement, le médecin se limitant souvent à s'enquérir des inquiétudes potentielles de son patient, et à vérifier en fin d'entrevue si celui-ci est d'accord avec la conduite proposée.(21)

### 2.3.7 <u>Sur les souhaits des patients :</u>

*Résultats :*

*Fréquence des souhaits selon les patients :*
Les patients avaient des souhaits dans seulement **27**% des consultations; ils les ont toujours exprimés au médecin, et ce dernier les a toujours respectés. (même s'ils ne les avaient perçus que dans **44**% des cas)

*Fréquence des souhaits selon les médecins :*
Les médecins ont perçu des souhaits chez leurs patients dans **31**% des consultations; ces souhaits n'existaient pas chez leurs patients dans **61**% des cas .

*Interprétation :*

Les médecins surestiment les souhaits et les attentes de leurs patients.

C'est ce que retrouve J.B. Pécastaing dans sa thèse de médecine générale sur la prescription d'antibiotiques dans les infections ORL, et respiratoires : (22)
les médecins ont perçu une attente d'antibiotique dans **56**% des cas, alors qu'elle n'existait selon le patient que dans **41**% des cas (cette demande était verbalisée dans 19% des cas)

Dans **37**% des cas, ce sont donc d'autres facteurs qui ont favorisé la perception par le médecin de cette attente d'antibiotiques chez son patient : le contexte social, professionnel, évènementiel ou épidémique, une consultation antérieure pour le même problème...
Le jugement du médecin ne se construit pas qu'à partir des déclarations de son patient, mais à partir de l'interprétation de divers facteurs qui s' intriquent.

## 2.4. Conclusion et propositions :

L'étude détaillée de chaque item du score de qualité d'écoute montre que les médecins semblent plus à l'écoute de leurs patients présentant des problèmes chroniques, des problèmes psychologiques, ou des problèmes fréquemment rencontrés en médecine générale (ostéoarticulaires, digestifs, cardiovasculaires).
La qualité d'écoute des médecins diminue en revanche si leurs patients présentent des problèmes sociaux, s'ils ont plus de deux motifs de consultation, ou si un problème émerge en fin de consultation.

Lorsque les patients avaient des craintes, des croyances ou des souhaits, ils les ont presque toujours exprimées, se sont sentis écoutés et rassurés.
Les médecins, eux, ont largement surestimé les craintes (dans **62%** des cas), les souhaits (dans **61%** des cas), et les croyances (dans **32 à 50%**) de leurs patients. Ils ont des difficultés à cerner les préoccupations de leurs patients et devraient s'efforcer à vérifier l'interprétation des différents signaux qu'ils relèvent.

**On pourrait proposer aux médecins :**

- **S'il existe plus de deux motifs de consultation, de programmer un autre rendez-vous pour traiter des problèmes les moins urgents car, au delà de 2 motifs de consultation, le score de qualité d'écoute diminue significativement.**

- **De prêter plus d'attention aux problèmes sociaux, car ils sont significativement corrélés à une moins bonne qualité d'écoute.**

# 3 INFLUENCE DES FACTEURS LIES AU DEROULEMENT DE LA CONSULTATION SUR LA QUALITE D'ECOUTE :

La deuxième partie de mon double questionnaire est consacrée à l'étude de certains facteurs liés au déroulement de la consultation, susceptibles d'influencer la qualité d'écoute des médecins.

J'ai classé ces facteurs, en fonction des résultats obtenus, en trois catégories :

- les facteurs qui influencent la qualité d'écoute de façon statistiquement significative (la p-value obtenue avec le test de Student est < ou = à **0,05**)

- les facteurs qui semblent influencer la qualité d'écoute, mais dont la valeur statistique n'est pas significative :
  (la p-value obtenue avec le test de Student est **0,30** > p-value > **0,05**)
  Il serait intéressant d'étudier ces facteurs sur un plus grand nombre de consultations pour conclure ou non à une réelle influence sur la qualité d'écoute.

- les facteurs qui n'influencent pas la qualité d'écoute.
  (la p-value obtenue avec le test de Student est > **0,30**)

## 3.1 FACTEURS AYANT UNE INFLUENCE STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVE SUR LA QUALITÉ D'ÉCOUTE :

### 3.1.1 LE TEMPS DE PAROLE ACCORDÉ AU PATIENT :

*Résultats:*

Dans seulement **2%** des consultations, médecins et patients ont jugé que le temps de parole accordé aux patients était insuffisant.

**Lorsque les médecins ont jugé avoir accordé un temps de parole insuffisant à leurs patients, ceux-ci ne l'ont pas perçu; et inversement, les médecins n'ont pas eu conscience de ne pas avoir laissé suffisamment parler leurs patients quand ceux-ci l'ont signalé.**

*Influence du temps de parole accordé au patient sur la qualité d'écoute :*

| Temps de parole insuffisant | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| selon le médecin | **6,5/10** | 0,19 | **NON** |
| selon le patient | **4/10** | 0,02 | **OUI** |

*Interprétation :*

Plusieurs études ont démontré que le médecin interrompait précocement son patient dès le début de l'entrevue :
la durée moyenne d'expression d'un patient est de 22 secondes avant que le médecin ne l'interrompe, alors que la durée spontanée moyenne est de 92 secondes, et que 78% des patients cessent de parler au bout de 2 minutes.(10)

**Selon les résultats de mon étude, les patients ne perçoivent pas si souvent ces interruptions précoces de la part du médecin.**
**En revanche, lorsque la parole n'est pas suffisamment accordée aux patients, la qualité d'écoute du médecin diminue significativement.**

Les résultats de différentes études convergent pour dire que le médecin a tout avantage à laisser parler son patient :

- Seuls 2% des patients parlent pendant 5 minutes dans certaines demandes d'ordre psychique ou moral, et toutes les informations données sont pertinentes. (11) (39)
- La durée de consultation n'était pas significativement plus longue si le médecin laissait le patient terminer l'énoncé de ses motifs de consultation. (24)
- Le temps d'écoute en début d'entrevue aura pour effet de créer un climat favorable au dévoilement plus précoce des autres motifs de consultations. (24)
- Les stratégies d'orientation précoces de l'entrevue ne sont pas nécessaires, puisque la majorité des patients ont intériorisé une norme implicite quant à la durée habituelle des consultations. (24)

#### 3.1.2 L'attitude non verbale du médecin :

Dans mon questionnaire, l'attitude non verbale du médecin était jugée sur « l'attention » qu'il accordait à son patient. Cette « attention » globale est généralement jugée par : le regard, la posture, et la gestuelle du médecin.

*Résultats :*

L'attitude non verbale du médecin a été jugée « négative » :
selon les patients : dans **5%** des consultations,
selon les médecins : dans **8%** des consultations.

**Médecins et patients ont été d'accord dans 87 % des cas sur l'attitude non verbale positive du médecin.**
**En revanche, lorsque les patients ont considéré l'attitude non verbale du médecin inadaptée, le médecin n'en a jamais eu conscience.**

*Influence de l'attitude non verbale du médecin sur la qualité d'écoute :*

| Attitude non verbale "négative" | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student ) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| selon le médecin | **6,1/10** | 0,40 | **NON** |
| selon le patient | **5,5/10** | 0,05 | **OUI** |

*Interprétation :*

Selon Marsh, c'est le langage du corps qui joue le plus grand rôle (55%) dans la communication, suivi de près par les caractéristiques de la voix et les indices para linguistiques (38%), et en dernier lieu viennent les mots (7%).(40)

Quand il y a contradiction entre le non-verbal et le verbal, il semble qu'on fasse plus confiance au non-verbal, par lequel il est plus difficile de mentir.
L'expression du visage, le contact visuel, le toucher, le ton de la voix, la posture, la gestuelle et l'apparence physique sont tous importants dans les relations interpersonnelles.

**D'après mon étude, la qualité d'écoute du médecin diminue lorsque son attitude non verbale est inadaptée : le patient se sent probablement moins en confiance, moins écouté, et moins compris.**
**Le médecin doit prendre conscience de la dimension non verbale de la communication professionnelle. Il a sans doute besoin de formation dans ce domaine car, selon mes résultats, il n'a pas conscience de son attitude lorsqu'elle est négative.**

## 3.2 Facteurs ayant une influence mais statistiquement non significative :

### 3.2.1 La durée perçue de la consultation :

La perception de la durée de consultation par le médecin et par le patient est subjective. Elle est probablement influencée par le degré de satisfaction de chacun comme nous le verrons par la suite.

*Résultats :*

Durée moyenne de consultation estimée par les médecins : **17,56** minutes.
Durée moyenne de consultation estimée par les patients : **18,03** minutes.

| Consultation trop courte | Fréquence | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|---|
| selon le médecin | **3,4%** | **6,2/10** | 0,35 | **NON** |
| selon le patient | **5,4%** | **5,2/10** | 0,11 | **NON** |

La durée moyenne de la consultation lorsqu'elle a été jugée trop courte par le patient était de 11,43 minutes.

*Interprétation :*

La durée de consultation estimée dans mon étude est comparable aux données de la littérature :
la durée moyenne de consultation en France
selon les données de la DREES[3] est de : **15** minutes, (10)
selon la SFMG[4] est de : **16,29** minutes.(13)

Rappelons que la perception de la durée de consultation est subjective :
Selon Cape, à durée de consultation égale, un patient ayant perçu une durée de consultation plus longue sera plus satisfait qu'un patient qui aurait sous estimé la durée.(25)
Lambourn appuie cette thèse en expliquant que les patients insatisfaits sous estiment en général la durée de la consultation de 5 minutes.(26)
La satisfaction est liée à l'impression que donne le médecin au patient de prendre son temps, plus qu'à la durée effective de la consultation.

**D'après mon étude : la qualité d'écoute diminue lorsque le patient juge la durée de la consultation insuffisante (donc, lorsqu'il n'est pas satisfait).**
**Par contre, le jugement du médecin sur la durée de la consultation ne semble pas corrélé au score de qualité d'écoute.**

3 DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
4 SFMG : Société Française de Médecine Générale.

### 3.2.2 Le langage utilisé par le médecin :

*Résultats :*

Dans mon étude, les médecins ont toujours pensé avoir employé un langage compréhensible.
Les patients, eux, ont déclaré avoir eu des difficultés à comprendre leur médecin dans **4%** des consultations.
Dans ce cas, ils ont toujours demandé des explications aux médecins, mais le score de qualité d'écoute a été plus faible : **5,8/10** (non significativement : p-value = **0,09**).

*Interprétation :*

Les médecins éprouvent des difficultés à transmettre des données médicales à l'aide de termes que peuvent comprendre les patients.
36% des patients qui ont reçu l'information à propos d'un diagnostic ne se rappellent pas de ce que le médecin leur a dit ou ne peuvent pas le reformuler dans leurs propres mots. (41)

**Dans mon étude, les médecins utilisent rarement (dans 4% des cas) « le jargon médical »; mais lorsqu'ils le font, ils n'en ont pas conscience malgré les explications demandées par les patients. Il en découle une moins bonne qualité d'écoute.**

Rappelons que les médecins ont probablement fait plus attention à leur langage durant mon étude, sachant qu'ils étaient jugés sur ce critère.

### 3.2.3 Les interruptions extérieures:

*Résultats :*

| Consultation interrompue par un élément extérieur | Fréquence | Interruption gênante | Score de qualité d'écoute (interruption gênante) | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|---|---|
| Selon le médecin | **25%** | **30%** | **6,1/10** | 0,38 | **NON** |
| Selon le patient | **22%** | **6%** | **5/10** | 0,2 | **NON** |

*Interprétation :*

Les médecins perçoivent plus souvent les interruptions extérieures que leurs patients, probablement parce qu'ils sont plus souvent gênés par ces interruptions.

L'interruption en elle-même n'influence pas le score de qualité d'écoute du médecin, sauf lorsque le patient la considère gênante.
Il aurait été intéressant de demander au patient pourquoi l' interruption a été considérée comme gênante dans certains cas, mais pas dans d'autres ? (En fonction de la durée de l'interruption? En fonction du motif de consultation du patient ? En fonction du moment où la consultation a été interrompue ? En fonction des réactions ou préoccupations engendrées chez le médecin suite à cette interruption ?)

### 3.2.4 L'interruption du patient par le médecin :

*Résultats :*

| Patient interrompu par le médecin | Fréquence | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | différence significative |
|---|---|---|---|---|
| selon le médecin | 16% | **6/10** | 0,42 | **NON** |
| selon le patient | 9% | **5,8/10** | 0,24 | **NON** |

**Lorsque les médecins ont jugé avoir interrompu leurs patients, ceux-ci ne l'ont pas perçu, et inversement, lorsque les patients jugeaient avoir été interrompus par leur médecin, ceux-ci n'en n'ont jamais eu conscience.**

*Interprétation :*

Comme je l'ai évoqué précédemment, par soucis de gestion du temps de la consultation, les médecins interrompent précocement leurs patients lors de l'exposé de leurs problèmes.
Cette attitude aura des répercussions négatives sur le déroulement de la consultation avec l'émergence de problèmes en fin de consultation.

L'interruption peut-être perçue comme un affront et constituer un manque flagrant de délicatesse, lorsqu'elle se produit sans justification. C'est ce genre d'interruption à éviter qui aurait pour conséquence la diminution de la qualité d'écoute.

Cependant, l'interruption peut-être également utilisée à bon escient .
Les interruptions redirections font partie des stratégies de communication verbale de base. L'interruption, utilisée avec tact et au bon moment, lorsque le patient se perd dans des détails superflus, peut-être extrêmement efficace pour garder une consultation bien centrée et atteindre l' objectif de cerner le problème malgré des contraintes de temps.
Il est toujours possible pour le médecin de partager avec le patient le motif de son interruption, ce qui le plus souvent, en atténue l'effet négatif. (40)

Dans mon étude, il semblerait que les médecins et les patients aient interprété la question sur « l'interruption par le médecin » différemment :
Dans le questionnaire patient, la formulation de la question : « le médecin vous a-t-il coupé la parole ? » avait une connotation négative et renvoyait plus vers l'interruption non justifiée, alors que dans le questionnaire médecin, la formulation : « avez-vous interrompu votre patient ? », renvoyait vers les 2 types d'interruptions.
Cette différence peut expliquer l'écart de perception des interruptions entre médecins et patients .

## 3.3 Facteurs n'ayant pas d'influence :

### 3.3.1 L'horaire de la consultation :

*Résultats et interprétation :*

Le score de qualité d'écoute varie de **5,9** à **6,1/10** en fonction de l'horaire de la consultation. L'horaire de consultation n'influence donc pas la qualité d'écoute.

### 3.3.2 L'utilisation de l'ordinateur :

*Résultats :*

Les patients n'ont jamais pensé que l'utilisation de l'ordinateur perturbait la consultation.
Les médecins ont été gênés par l'utilisation de l'ordinateur dans **2%** des consultations .
Dans ces cas, le score moyen de qualité d'écoute était de **6,3/10** (p-value = **0,46**).

*Interprétation :*

Lorsque le médecin essaie de lire son écran ou ses dossiers tout en écoutant son patient : (42)

- Le patient s'abstient de répondre aux questions tant que le contact visuel n'est pas rétabli.
- Le patient s'arrête au milieu de sa phrase lorsque le médecin lit ses notes et reprend lorsque le contact visuel est rétabli.
- Le patient utilise des mouvements de son corps pour attirer l'attention du médecin qui est en train de lire ses notes.
- Les propos du patient perdent leur fluidité spontanée dès que le médecin regarde ailleurs, et la retrouvent lorsque le contact est rétabli.
- Souvent, le médecin qui est en train de lire ses notes laisse passer des informations sans les remarquer ou les oublie.

Heath propose plusieurs stratégies pour éliminer la difficulté : (42)

- Décider de consulter le dossier quand le patient a achevé son récit d'ouverture.
- Attendre un moment opportun pour regarder ses notes.
- Séparer l'écoute et la consultation des notes.

D'après les résultats de mon étude, les médecins semblent avoir adopté naturellement ces bons comportements.

# 4 INFLUENCE DES FACTEURS LIES AU MEDECIN SUR LA QUALITE D'ECOUTE :

## 4.1 FACTEURS AYANT UNE INFLUENCE STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVE SUR LA QUALITÉ D'ÉCOUTE :

### 4.1.1 LES PRÉDISPOSITIONS DU MÉDECIN :

*Résultats :*

Les médecins ont déclaré être :
en retard dans : **28,6** % des consultations,
fatigués dans : **27,9** % des consultations,
préoccupés dans : **23** % des consultations.

| Médecin | Fréquence | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|---|
| En retard,et/ou fatigué,et/ou préoccupé | 46,3% | **5,8/10** | 0,03 | **OUI** |
| Ni en retard, ni fatigué, ni préoccupé | 53,7% | **6,3/10** | 0,03 | **OUI** |

*Interprétation :*

Le médecin doit être conscient des répercussions de son propre état émotionnel sur sa capacité d'écoute. Son état émotionnel peut-être perturbé par son propre vécu ou le contexte autour duquel se déroule la consultation.

En pratique clinique, l'attention peut facilement rester focalisée sur les problèmes du patient précédent, sur le dernier coup de téléphone, sur la file de patient qui s'allonge dans la salle d'attente, ou encore sur des soucis personnels; et quand le patient entre, le médecin peut être encore à son clavier, en train de chercher ou compléter un dossier.
Un complément d'étude serait nécessaire pour l'affirmer.

Ces idées, ces préoccupations peuvent facilement accaparer le médecin et l'empêcher de se concentrer sur le début de la consultation. La solution est pour le médecin de se préparer avant l'arrivée du patient, afin de pouvoir ensuite lui accorder toute son attention, au moment critique de la rencontre, sans se laisser distraire par autre chose.

Quelques suggestions ont été faites aux médecins pour se préparer et se concentrer : (43)

- Laisser de côté ce qu'il faisait avant : s'assurer que la consultation précédente n'empiète pas sur la suivante, s'arranger pour remettre à plus tard les questions en suspens.
- Avoir l'esprit libre et à l'aise : s'assurer que la faim, le chauffage ou la somnolence ne vont pas nuire à sa concentration pendant le prochain entretien.
- Se concentrer sur l'entretien à venir : se préparer au mieux; relire ses notes, retrouver des résultats ou se remémorer l'histoire du patient.
- Terminer ses préparatifs avant d'aborder le patient : être aussi détendu que possible pour se concentrer librement.

Ce type de préparation est d'autant plus importante qu'une étude réalisée en 1995 par Ely et al a montré que la hâte et la distraction étaient parmi les causes les plus souvent invoquées par les médecins lorsqu'ils avaient commis des erreurs cliniques.(43)

## 4.2 Facteurs ayant une influence mais statistiquement non significative :

### 4.2.1 L'âge du médecin :

*Résultats :*

| Age du médecin | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| 30 à 40 ans | **5,7/10** | 0,25 | **NON** |
| 41 à 50 ans | **5,7/10** | 0,28 | **NON** |
| 51 à 60 ans | **6,2/10** | 0,35 | **NON** |
| plus de 60 ans | **6,7/10** | 0,12 | **NON** |

*Interprétation :*

L'augmentation du score de qualité d'écoute n'est pas statistiquement significative en fonction de l'âge .
Dans mon étude, il y a seulement 2 médecins de plus de 60 ans.
De plus, les médecins jeunes ont proportionnellement plus participé à l'étude.
Il serait donc intéressant de réaliser cette étude sur un échantillon de médecin plus grand afin de confirmer ou non cette tendance.
Plus le médecin avance en âge, a priori, plus il a d'expérience. Il semblerait que cette expérience lui permette d'acquérir une meilleure qualité d'écoute. Cependant, l'apprentissage par essais et erreurs pour isoler une meilleure façon de fonctionner est long et exigeant. (44)

Plus le médecin avance en âge, plus il connaît ses patients, et plus la relation avec ses patients est « intime ». La connaissance de la famille, du contexte socioprofessionnel, de l' histoire de son patient permet au médecin d'avoir une meilleure qualité d'écoute.

### 4.2.2 La formation médicale en communication :

*Résultats :*

Les médecins ayant reçu une formation médicale en communication ont un score de qualité d'écoute non significativement plus élevé que les médecins non formés. (p-value = **0,25**)

Score de qualité d'écoute des médecins formés : **6,3/10;**
Score de qualité d'écoute des médecins non formés : **5,9/10.**

*Interprétation :*

Les médecins formés semblent plus compétents en communication. 80% des médecins ont reçu cette formation lors d'une formation médicale continue. Cela signifie qu'ils ont dû assister à une ou deux journées consacrées à les sensibiliser à l'importance de la communication. Cet apprentissage ne leur a pas permis d' acquérir les principales compétences utiles en communication.

La maîtrise des compétences en communication est un apprentissage complexe, et de simples connaissances ne suffisent pas.

Selon Kurtz et autres (27), le médecin doit traverser différentes phases d'apprentissage afin de maîtriser des compétences en communication :

- la connaissance du répertoire des compétences à maîtriser,
- la rétroaction constructive, descriptive et détaillée à propos du comportement observé,
- la mise en pratique des compétences,
- l'approfondissement des compétences.

La maîtrise de ces concepts ne peut s'acquérir en un une deux journées de FMC mais plutôt dans un programme de formation étalé dans le temps, dès la FMI, et poursuivi dans le cadre de la FMC.

### 4.2.3 Une situation évoquant une expérience personnelle :

*Résultats :*

La situation du patient faisait référence à une expérience vécue personnellement par le médecin dans **6,4**% des consultations.

| Expérience personnelle | Fréquence | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|---|
| n'ayant pas d'influence selon le médecin | **30%** | **4,7/10** | 0,06 | **NON** |
| aidant le médecin | **70%** | **6,3/10** | 0,07 | **NON** |

*Interprétation :*

Le vécu du médecin semble influencer sa qualité d'écoute soit en l'améliorant, soit en l'abaissant.
En effet, le vécu d'une expérience identique à la situation présentée par le patient peut l'aider à mieux comprendre son patient.
Elle peut aussi, au contraire, provoquer une gêne, ou déclencher une émotion intense chez le médecin , perturbant ainsi son attention et son écoute : quelle que soit l'origine des émotions, le médecin doit les contenir afin de conserver un jugement clinique le plus neutre possible. C'est pourquoi on déconseille souvent au médecin de soigner un membre de sa famille. (45)

#### 4.2.4 Le type d'exercice : seul ou en groupe :

*Résultats :*

Les médecins exerçant seuls ont un score moyen de qualité d'écoute de **5,8/10,**
tandis que les médecins exerçant en groupe ont un score moyen de **6,1/10.**
Cette différence n'est pas statistiquement significative (p-value = **0,24**).

*Interprétation :*

Aujourd'hui, les médecins ont tendance à exercer en groupe. Le fait d'exercer seul engendre certaines contraintes liées à la réalisation de multiples tâches par le médecin. (*gérer les tâches administratives, organiser les dossiers, assurer seul la permanence des soins)*
Cette surcharge de travail peut diminuer la « disponibilité » du médecin envers son patient et ainsi diminuer sa qualité d'écoute : mais cela reste à prouver.

### 4.3 Facteurs n'ayant pas d'influence sur la qualité d'écoute :

#### 4.3.1 Le sexe du médecin :

*Résultats :*

Le score de qualité d'écoute obtenu par les médecins hommes était de **6,1/10;**
celui des médecins femmes était de **5,9/10** (p-value**= 0,31**)

*Interprétation :*

Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative de qualité d'écoute des médecins en fonction du sexe des médecins.

#### 4.3.2 Le secteur et type d'activité du médecin :

*Résultats et interprétation :*

Le fait pour un médecin d'exercer en milieu <u>rural, ou en milieu urbain</u>, d'exercer <u>sur rendez-vous ou sur et sans rendez-vous</u>, n'influence pas sa qualité d'écoute de façon statistiquement significative (p-value > 0,30).

# 5 INFLUENCE DES FACTEURS LIES AU PATIENT SUR LA QUALITE D'ECOUTE :

## 5.1 Facteurs ayant une influence statistiquement significative sur la qualité d'écoute :

### 5.1.1 L'âge du patient :

*Résultats :*

| Age des patients | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| < ou = à 80 ans | **5,9/10** | 0,01 | **OUI** |
| > à 80 ans | **4,2/10** | 0,01 | **OUI** |

Le score de qualité d'écoute ne diffère pas pour les tranches d'âge inférieures à 80 ans (moins de 60 ans/ de 61 à 70 ans/ et de 71 à 80 ans)

*Interprétation :*

Certaines attitudes des médecins envers les personnes âgées et le vieillissement peuvent influencer la communication médecin-patient.
Selon Adelman,Greene et Charon (1991), les questions posées, l'information transmise et le soutien offert par le médecin sont de meilleure qualité auprès des patients plus jeunes.(28)
Selon Stewart (1983), les médecins sont plus susceptibles d'établir une relation de confiance avec leurs patients jeunes qu'avec leurs patients âgés.(29)

**L'âgisme**[5] exerce une influence néfaste sur la relation médecin-patient : les médecins peuvent minimiser les problèmes de santé des patients âgés en attribuant ces problèmes, à tort, au processus naturel du vieillissement, comme c'est parfois le cas avec l'incontinence urinaire et les problèmes de mémoire.

Les médecins n'évaluent pas systématiquement leurs patients âgés de façon globale, ils n'approfondissent pas les sujets médicaux qui préoccupent ces patients et escamotent les problèmes de nature psychosociale.(29)

Les patients âgés eux-même n'entameront pas de discussion sur un problème médical dans 50% des cas et sur un problème psychosocial dans 60% des cas.(30)
D'autre part, les patients âgés présentent des déficiences sensorielles et cognitives pouvant nuire considérablement à la communication.(31)
Le vieillissement normal engendre des perturbations du langage sur le plan de l'expression (utilisation de termes vagues, de paraphrases, pauses vides) et de la compréhension (baisse de l'acuité auditive, associée à une diminution de la capacité de mémoire de travail ). (32)

5 Agisme : forme de discrimination, de ségrégation fondées sur l'âge.

### 5.1.2 La catégorie socioprofessionnelle :

*Résultats :*

| Catégorie socioprofessionnelle des patients | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Ouvriers | **4/10** | 0,02 | **OUI** |
| PIS ou cadres | **7,2/10** | 0,03 | **OUI** |

PIS : Professions Intellectuelles Supérieures

*Interprétation :*

Une méta-analyse portant sur 41 études publiées a permis de constater que les comportements des médecins dans leurs interactions avec leurs patients varient en fonction du statut socioéconomique de ces derniers. (33)

Les médecins donnent d'avantage d'informations et consacrent d'avantage de temps aux patients dont le statut socioéconomique est élevé : la communication est plus facile entre deux personnes qui partagent des valeurs et une même culture.

De plus, comme les patients plus favorisés sont plus scolarisés et plus informés, ils posent naturellement plus de questions, ce qui incite les médecins à élaborer leurs explications.

Dans le cadre de mon étude, il est possible que les patients de catégories socioprofessionnelles supérieures aient également mieux « compris » et « interprétés » mon questionnaire.

## 5.2 Facteurs ayant une influence non statistiquement significative :

### 5.2.1 L'ancienneté de la relation :

*Résultats :*

| Relation médecin-patient | **Score de qualité d'écoute** | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Débutante | **5,9/10** | 0,25 | **NON** |
| Etablie | **6,1/10** | 0,25 | **NON** |

Les médecins n'écoutent pas mieux les patients qu'ils connaissent depuis longtemps.

Mais, si je m'intéresse à la 2ème partie du score évaluant la manière dont le médecin se centre sur son patient, je constate que le médecin se centre significativement mieux sur les patients avec qui il a une relation « établie ».

| Relation médecin-patient | Score de recueil des infos | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Débutante | **2,6/5** | 0,05 | **OUI** |
| Etablie | **3,1/5** | 0,05 | **OUI** |

*Interprétation :*

La relation du médecin avec son patient, au fur et à mesure des rencontres s'intensifie et une forme d'intimité peut s'établir. Le patient se livrera plus facilement au fils du temps, et le médecin cernera mieux les problèmes et préoccupations de son patient.

## 5.3 Facteurs n'ayant pas d'influence :

### 5.3.1 Le sexe du patient :

*Résultats et interprétation :*

Le score obtenu par les médecins lorsque c'est un homme qui consulte (**5,9/10**), n'est pas significativement différent du score obtenu lorsque c'est une femme qui consulte son médecin.(**6,1/10**) (p-value= **0,31**)

## 6 CONCLUSION SUR L'ETUDE DE L'INFLUENCE DES DIFFERENTS FACTEURS SUR LA QUALITE D'ECOUTE :

Les facteurs **diminuant significativement** la qualité d'écoute du médecin lors d'une consultation sont :

- **l'âge du patient lorsqu'il a plus de 80 ans,**
- **l'insuffisance du temps de parole accordé au patient,**
- **les catégories socioprofessionnelles inférieures des patients,**
- **les mauvaises prédispositions du médecin (retard, fatigue, préoccupations),**
- **l'attitude non verbale inadaptée du médecin.**

Les facteurs **semblant diminuer** la qualité d'écoute du médecin (mais non significativement) sont :

- **une interruption extérieure gênante pour le patient,**
- **une situation qui rappelle au médecin une expérience personnelle,**
- **l'utilisation par le médecin d'un langage difficile à comprendre,**
- **la durée insuffisante de la consultation selon le patient,**
- **l'interruption du patient par le médecin.**

Les facteurs **améliorant significativement** la qualité d'écoute du médecin lors d'une consultation sont :

- **la catégorie socioprofessionnelle élevée des patients.**

Les facteurs **semblant améliorer** la qualité d'écoute du médecin (mais non significativement) sont :

- **l'âge élevé du médecin,**
- **l'ancienneté de la relation médecin-patient,**
- **la formation médicale en communication,**
- **l'activité en groupe.**

Les facteurs qui n'ont **pas d'influence** sur la qualité d'écoute du médecin sont :

- **le sexe du médecin,**
- **le sexe du patient,**
- **l'horaire de la consultation,**
- **l'utilisation de l'ordinateur.**
- **l'exercice en milieu rural ou urbain,**
- **l'exercice avec ou sans rendez-vous.**

## 7 INFLUENCE DE LA QUALITE D'ECOUTE SUR LA SATISFACTION DU MEDECIN ET DU PATIENT :

*Résultats :*

| Satisfaction | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|---|---|---|---|
| Médecins | 25 | 108 | 14 | 0 |
| Patients | 90 | 56 | 1 | 0 |

Sur 147 consultations,

les patients ont été aussi satisfaits que leur médecin : **57** fois.
les patients ont été plus satisfaits que leur médecin : **80** fois.
les patients ont été moins satisfais que leur médecin : **10** fois.

*Influence de la qualité d'écoute sur la satisfaction des médecins :*

| Satisfaction | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Médecins TS et S | **6,2/10** | 0,03 | **OUI** |
| Médecins PS et PTS | **5,2/10** | 0,03 | **OUI** |

*Influence de la qualité d'écoute sur la satisfaction des patients :*

| Satisfaction | Score de qualité d'écoute | P-value (test de Student) | Différence significative |
|---|---|---|---|
| Patients TS et S | **6,1/10** | 0,41 | **NON** |
| Patients PS et PTS | **6/10** | 0,41 | **NON** |

*Interprétation :*

La satisfaction des patients dans les soins donne des informations sur la capacité du professionnel de santé à répondre aux valeurs et attentes de leurs patients.

La degré de satisfaction du patient correspond à l'écart entre la qualité attendue et la qualité perçue de la consultation par le patient.

Le degré de satisfaction du médecin correspond à l'écart entre la qualité voulue et la qualité qu'il pense avoir délivré.(annexe 7)

Les résultats de mon étude montrent que le degré de satisfaction du médecin est un bon reflet de sa qualité d'écoute.

Ce n'est pas le cas en ce qui concerne les patients.
99% des patients ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits de la consultation : cela confirme les résultats issus d'enquêtes de satisfaction des patients.(34) (35) (36)
Certains patients ont déclaré être très satisfaits de la consultation tout en ayant jugé que le temps de parole accordé par le médecin était insuffisant, que le médecin était occupé à autre chose pendant qu'il parlait.

Un seul patient a déclaré être peu satisfait.
Peut-être que les patients, malgré l'anonymat du questionnaire n'ont pas osé exprimer leur insatisfaction ?
Les patients qui n'ont pas renvoyé leur questionnaire sont peut-être les patients insatisfaits ?

Ces résultats confirment que l'évaluation de la satisfaction des patients dans le domaine de la communication ne permet pas d'obtenir des informations utiles pour l'amélioration des compétences.(37)

# CONCLUSION

Il est difficile d'évaluer la qualité d'écoute des médecins : nous ne disposons pas d'outils validés pour cela, et les médecins sont réticents à l'évaluation dans ce domaine.

Ces difficultés d'évaluation ont entrainé certains biais dans mon étude :

- la connaissance par les médecins, avant la consultation, des critères à analyser, a pu modifier leur attitude envers les patients;
- les médecins ont eu la possibilité de sélectionner les consultations qui s'étaient bien "déroulées",
- les réponses des patients ont peut-être été biaisées concernant leur satisfaction, par crainte du non-respect de l'anonymat;
- l'utilisation de questions fermées a limité les possibilités d'interprétation fine dans certains domaines.

Malgré ces biais, les résultats de mon étude montrent l'existence de nombreuses lacunes concernant la qualité d'écoute des médecins.

- Médecins et patients s'entendent dans moins d'un quart des cas, à la fois sur la nature, le nombre et la hiérarchisation des motifs de consultation.
- La qualité d'écoute du médecin diminue si la consultation traite de plus de deux motifs, d'un problème social, ou si un problème émerge à la fin de la consultation.
- Les médecins surestiment les craintes, les croyances et les souhaits de leurs patients, et sous-estiment leur capacité de réassurance. Ils ont des difficultés à vérifier les indices verbaux et non verbaux relevés chez leurs patients.

Pour pallier ces lacunes et améliorer la qualité d'écoute des médecins, il semblerait utile d'enseigner certaines techniques de communication telles que :

- l'écoute active, le screening, et la hiérarchisation des motifs de consultation,
- la vérification et la clarification des propos du patient,
- la reformulation et l'utilisation des résumés intermédiaires.

Le degré de satisfaction des médecins est un bon reflet de leur qualité d'écoute.
En revanche, les médecins ne parviennent pas à identifier les facteurs ou dysfonctionnements en cause lorsque leur qualité d'écoute diminue.

L'étude de l'influence des différents facteurs sur la qualité d'écoute révèle que les médecins sont confrontés à des difficultés d'écoute si leurs patients sont âgés de plus de 80 ans, ou s'ils sont issus de catégories socioprofessionnelles "inférieures".
Leur qualité d'écoute diminue également quand ils sont préoccupés, en retard ou fatigués; quand ils n'accordent pas suffisamment de temps à leurs patients pour s'exprimer, et quand leur attitude non verbale est inadaptée

D'autre part, les médecins écoutent significativement mieux leurs patients s'ils sont issus de catégories socioprofessionnelles "supérieures", ou s'ils consultent pour un problème chronique.

L'influence des autres facteurs sur la qualité d'écoute n'est pas significative.
Pour explorer plus avant leur impact, il faudrait les étudier sur un plus grand nombre de consultations.

La formation en communication des médecins est indispensable pour améliorer la qualité des soins, et ce, dès la formation médicale initiale.

La SIFEM [6], dans son communiqué de juillet 2010, rappelle d'ailleurs aux doyens des facultés de médecine d'expression française la nécessité d'intégrer l'apprentissage, et de vérifier l'acquisition des compétences en communication nécessaires à la pratique des médecins au cours de leur formation initiale.(38)

6 SIFEM : Société Internationale Francophone d' Education Médicale.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Lemasson A, Gay B, Duroux G et al.
Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ?
Médecine, 2006; 1(2) : 38-42.

2. Bornet L.
Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode par focus group-101 p.
Th Med, Lyon 1, 2002, N°139.

3. Dedianne M.C, Hauzanneau P, Labarere J. et al.
Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ?
La Rev du Prat Med Gen , 2003; 17(612) : 653-6.

4. Klein S. et Moronvalle L,
La communication et la relation médecin-patient : critères de satisfaction des patients au cours d'une consultation de médecine générale.-218p.
Th Med, Tours, 2004, N°3081-3082.

5. Stewart M.A.
Effective physician-patient communication and health outcomes : A review.
Canadian Medical Association Journal, 1995; 9(152) : 1423-33.

6. Beckman H.B, Markakis A.L, Frankel R.M, et al.
The doctor-patient relationship and malpractice ; Lessons from plaintiff depositions.
Archives of Internal medecine, 1994; 12(154) : 1365-70.

7. Starfield B. et al.
The influence of patient-practitionner agreement on outcome of care.
American Journal of Public Health, 1981; 2(71) : 127-31.

8. Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B. et al.
Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ?
La Rev du Prat Med Gen,1994; 8(260) : 41-8.

9. Kandel O, Duhot D, Very G, et al.
Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale?
La Rev du Prat Med Gen, 2001; 18 (656/657) : 781-4.

10. Elbaum M.
Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie.
DREES Juin 2004 : N° 315.

11. Gay B, le Goaziou M.-F, Budowski M, et al.
Médecine générale. Connaissances et pratiques.
Issy-Les-Moulineaux : Editions Masson 2003 : 10-5.

12. Jaine P.
La pluralité des sujets abordés lors d'une consultation de médecine générale
-98p.
Th Med, Aix Marseille, 2005, N°87.

13. Société française de médecine générale. Observatoire de la médecine générale 2000. http://www.sfmg.org

14. Beckman H.B, et Franckel R.M,
The effect of physician behaviour on the collection of data.
Annals of Internal Medecine, 1984; 5(101) : 692-6.

15. Gallois J.P, Valée J.P,
La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale, ou sa réelle, préoccupation ?
Médecine, 2006; 1(2) :25-6.

16. Jouanin S.
Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale.
-93p.
Th Med, Lyon sud, 2006, N° 137.

17. Rodondi PY, et al.
Que cache l'agenda caché ?
Rev Med Suisse, 2005;1(5):362-8.

18. Silverman J, Kurtz S. et Draper J.
Outils et stratégies pour communiquer avec le patient.
Suisse, Editions Médecine et Hygiène, 2010, p.125

19. Stewart M.A. et al,
The impact of patient centered care on outcomes.
Journal of the Royal College of General Practitionners, 2000; (29) : 77-82.

20. Levenstein J.H et al,
The patient-centred general practice consultation.
South africa family Practice, 1984; (5) : 276-82.

21. Lussier M.T, Richard C,
La communication professionnelle en santé.
Quebec, Editions ERPI, 2005: 146-64.

22. Pecastaing J.B.
ETUDE DE L'INFLUENCE DES FACTEURS NON CLINIQUES SUR LA DÉCISION DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE-110p.
Th. Med, Bordeaux, 2006, N°76.

23. Silverman J, Kurtz S. et Draper J.
Outils et stratégies pour communiquer avec le patient.
Suisse, Editions Médecine et Hygiène, 2010: 88-94.

24. Pollock K, et Grime J,
Patients'perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression : Qualitative study.
British Medical Journal, 2002; 325(7366 ) : 687-90.

25. Cape J.
Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation.
British Journal of General Practice, 2002; 52 (485) : 1004 -6.

26. Lambourn R.
Can patients choose consultation length?
British Journal Gen Pract, 2003; 53(497) : 969-70.

27. Kurtz S, Draper J, et Silverman J.D.
Teaching and learning communication skill in medecine.
Abingdon, Radcliffe medical Press, 1998.

28. Adelman R.D, Greene M.G, et Charon R.
Issues in physician-ederly patient interaction.
Ageing and society, 1991; (11) : 127-48.

29. Stewart M.A.
Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction.
The Journal of Family Practice, 1984 ; 1(1): 30-6.

30. Rost K. et Frankel R.
The introduction of the older patient's problem in the medical visit.
Journal of Aging and Health, 1993; (5): 387-401.

31. Duong A, Ska B, Poissant A, Joannette Y.
Effet du vieillissement normal et de la scolarité sur la production de narration.
Bruxelles, 2000 , De Boeck Université.

32. Wingfield A.
Comprehending spoken questions : effects of cognitive and sensory change in adult aging in cognition, aging and self-reports.
Philadelphie, 1999; Psychology Press : 201-28.

33. Hall J.A, Roter D.L, et Katz N.R.
Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters.
Medical care, 1988; (26) : 657-75.

34. Blanc Golitin M.
DÉMARCHE QUALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE. Enquête de satisfaction concernant la qualité des soins des usagers dans les cabinets de médecine générale - 117p.
Th. Med, Paris Broussais -Hotel-Dieu, 2001, N° 55.

35. François L.
LA SATISFACTION DU PATIENT EN MEDECINE GENERALE : Amélioration de la qualité de soins à partir d'une enquête de satisfaction auprès des usagers d'un cabinet de médecine générale - 151p.
Th. Med, Montpellier, 2002, N° 143.

36. Ormières J.J.
Démarche qualité en médecine générale. Expérience de mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un cabinet de médecine générale.
La Rev du Prat Med Gen, 1999;13 : 1244 - 9 .

37. Vingerhoets E, Wensing M, et Grol R.
Feedback of patients'evaluations of general practice care : a randomised trial.
BMJ, 2001; (10) : 224-8.

38. Groupe d'action prioritaire "communication " de la SIFEM.
La formation à la communication professionnelle en santé dans les Facultés de médecine d'expression française : la nécessité d'agir !
Document de travail; 2010.
http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/pdf/FormationCommunication-CIDMEF-SIFEM-juillet-2010.pdf

39. Lussier M.T, Richard C,
La communication professionnelle en santé.
Quebec, Editions ERPI, 2005: 192-210.

40. Lussier M.T, Richard C,
La communication professionnelle en santé.
Quebec, Editions ERPI, 2005: 117-90.

41. Silverman J, Kurtz S. et Draper J.
Outils et stratégies pour communiquer avec le patient.
Suisse, Editions Médecine et Hygiène, 2010: 168.

42. Silverman J, Kurtz S. et Draper J.
Outils et stratégies pour communiquer avec le patient.
Suisse, Editions Médecine et Hygiène, 2010: 178-9.

43. Silverman J, Kurtz S. et Draper J.
Outils et stratégies pour communiquer avec le patient.
Suisse, Editions Médecine et Hygiène, 2010: 73.

44. Lussier M.T, Richard C,
La communication professionnelle en santé.
Quebec, Editions ERPI, 2005: 3.

45. Lussier M.T, Richard C,
La communication professionnelle en santé.
Quebec, Editions ERPI, 2005: 232-65.

# ANNEXES :

# ANNEXE 1 : GUIDE DE CALGARY-CAMBRIDGE :

**ITEMS DU GUIDE DE CALGARY-CAMBRIDGE UTILISÉS DANS L'ÉLABORATION DU SCORE DE QUALITÉ D'ÉCOUTE.**

**Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale – les processus de communication**
*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude* ***Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.***

**C - Identifier la (les) raison(s) de consultation**

**1. Identifie,** par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« *Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?* » ou « *Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?* »)

**2. Écoute** attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse

**3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et** vérifie s'il y a d'autres problèmes (« *Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?* »)

**4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda** de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques

## II - RECUEILLIR L'INFORMATION

### A - Exploration des problèmes du patient

**1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s)**, du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)

**2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées** (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)

**3. Écoute** attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause

**4. Facilite**, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)

**5. Relève les indices verbaux** et **non verbaux** (langage corporel, discours, expression faciale…); **offre son interprétation** au patient et **vérifie si le patient est d'accord**

**6. Clarifie** les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : *« Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?* »)

**7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit** pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires

**8. Utilise** des **questions et commentaires concis et faciles à comprendre**; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé

**9. Établit la séquence temporelle** des évènements depuis le début

### B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

**1. Détermine activement et explore adéquatement :**

• Les **idées** du patient (□ ses croyances sur les causes)
• Ses **préoccupations** (ses craintes) concernant chaque problème
• Ses **attentes** (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème)
• Les **impacts** : comment chaque problème affecte sa vie

2. Encourage le patient à exprimer ses émotions

## ANNEXE 2 : Lettre de présentation

DARETHS Sophie
06 63 64 77 20
sophiedareths@hotmail.fr

Le 26 Avril 2011

**OBJET: Thèse de Médecine Générale**

**SUJET: « L'Ecoute » en consultation de médecine générale:
Les médecins perçoivent-ils les préoccupations de leurs patients?**

Cher confrère,

je réalise mon travail de thèse dans le cadre du Département de Médecine Générale de Bordeaux 2,
sous la direction du Docteur Bertrand PROUFF, exerçant à Anglet .

Vous avez été sélectionnés parmi un échantillon représentatif de 40 médecins généralistes
des Landes (par la DRASS de Bordeaux) pour participer à cette étude .

L'enquête consiste en l'analyse de 10 consultations différentes par médecin .

Pour cela, je vous adresse **10 doubles questionnaires**:

- **10 questionnaires médecin**, à remplir par vous même, à la fin de la consultation, en dehors de la présence de votre patient (temps de réponse estimé à 5 min/ questionnaire lors du pré-test)
- **10 questionnaires patient** , à faire remplir par le patient, seul, en dehors de votre présence, après la consultation, de façon anonyme, à son domicile ou au cabinet médical, et à me réadresser par voie postale dans l'enveloppe prévue à cet effet.

Vous trouverez donc ci-joint :
**1 mode d'emploi** détaillant le déroulement de l'étude
**10 questionnaires médecin** numérotés
**10 enveloppes** timbrées et numérotées contenant **10 questionnaires patient**
**1 fiche de renseignements** vous concernant
**1 enveloppe** pour le retour de vos questionnaires et de la fiche de renseignement vous concernant.

Bien consciente du temps et de l'investissement que ce type de questionnaire demande, j'espère pouvoir compter sur votre participation, très importante pour la validité de mon enquête. Je vous remercie pour l'aide que vous apportez à la réalisation de ce travail .

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter.
Je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sophie Dareths

## ANNEXE 3 : Mode d'emploi des questionnaires :

**PERIODE DE L'ENQUETE :**

2 semaines consécutives :
semaine 19 : du **lundi 16** au **samedi 21 mai 2011**
semaine 20 : du **lundi 23 mai** au **samedi 28 mai 2011**

**CONSULTATIONS CONCERNEES :**

- Critères d'inclusion :
  - Patient d'âge **supérieur ou égal à 18 ans**
  - consultant **seul**
  - **comprenant** la langue française
  - **capable de répondre** au questionnaire (sachant lire et écrire)
  - **tout motif** de consultation est **valable (sauf consultation spécialisée : cure thermale, expertise médicale, acupuncture... )**

- Critères d'exclusion:
  - Patient de **moins de 18 ans**
  - présence d'une **tierce personne** durant la consultation (accompagnant le patient, ou médecin stagiaire...)
  - patient **ne comprenant pas** bien **la langue française**
  - patient **incapable de répondre** au questionnaire : **illétré, analphabète ou présentant des troubles cognitifs**
  - Tout motif de consultation **« spécialisée»**

**CHOIX DES CONSULTATIONS**:

- les questionnaires devront être distribués sur une période maximum de 2 semaines consécutives.
- avec un minimum de 2 doubles questionnaires par jour (2 à 10 questionnaires/j)
- les jours de distribution ne seront pas obligatoirement consécutifs mais devront représenter des journées de travail habituelles (stress, charge de travail)

**POUR CHAQUE CONSULTATION CORRESPONDANT AUX CRITERES D'INCLUSION:**

En toute fin de consultation, après avoir obtenu le **consentement oral** de votre patient, vous lui remettrez l'enveloppe blanche pré-timbrée numérotée contenant le questionnaire « patient ».

Il devra remplir son questionnaire **en dehors de votre présence**, au cabinet médical ou à son domicile, mais le **plus rapidement possible** après la consultation pour garantir une meilleure validité des réponses (éviter les oublis).
Le patient me retournera le questionnaire directement par **voie postale** pour garantir un **anonymat complet.**

Vous remplirez à votre tour le questionnaire « médecin » aparié, **immédiatement après la consultation**, **seul, en dehors de la présence de votre patient,**
puis le renverrez dans l'enveloppe craft pré-timbrée prévue à cet effet
une fois les 9 autres questionnaires « médecins » complétés,
avec la fiche de renseignements individuelle.

Je vous rappelle que ce travail de thèse ne vise en aucun cas à contrôler la bonne pratique médicale.
Les questionnaires seront interprétés de façon totalement **anonyme** (pour les médecins comme pour les patients).

**Les objectifs de ce travail sont:**

- d'étudier ce que perçoit le médecin:
  - du(des) motif(s) de consultation
  - des préoccupations éventuelles de son patient
  - des souhaits éventuels
  - des croyances éventuelles
- de mettre en évidence les **éléments influençant** l'écoute du médecin
- et pour finir d'évaluer l'**influence** de la « qualité d'écoute » sur la **satisfaction** du médecin **et** du patient .

Je vous remercie pour toute l'aide que vous pourrez apporter à mon travail de thèse (car la validité de mon enquête dépendra du taux de réponses obtenu).
Je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sophie Dareths

# ANNEXE 4 : Fiche personnelle de renseignements

MEDECIN

| | |
|---|---|
| Age: | ans |

| | |
|---|---|
| Sexe: | M / F |

| | |
|---|---|
| Exercice: | Rural / Semi-Rural / Urbain |

Qualification: OUI / NON si OUI, précisez:

Quel pourcentage de votre activité représente cette qualification ? %

| | |
|---|---|
| Exercice: | Seul / En groupe |

| | |
|---|---|
| Consultations: | Sur rendez-vous / Sans rendez-vous / Les deux |

Avez-vous déjà suivi une formation médicale en communication? OUI / NON

si OUI : au cours de votre formation initiale
au cours d'une formation continue

La formation en communication vous paraît-elle utile? OUI / NON

REMARQUES
(sur le déroulement, les difficultés éventuelles, l'intérêt présenté par cette enquête...)

# ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE MEDECIN

**Les questions suivantes concernent cette dernière consultation.**
**Veuillez cocher les cases correspondant à vos réponses.**

Cette consultation a eu lieu en : ☐ début ☐ milieu ☐ fin **de matinée** — ☐ début ☐ milieu ☐ fin **d'après-midi**

I. **<u>Avant la consultation</u>**<u>, vous étiez :</u>

en retard **OUI** ☐ **NON** ☐

préoccupé (par un problème personnel ou un problème avec un autre patient) ☐ **OUI** ☐ **NON**

fatigué **OUI** ☐ **NON** ☐

II. <u>Pendant la consultation,</u> la situation présentée par le patient vous a-t-elle évoquée une **expérience vécue personnellement**?

☐ **NON**
☐ **OUI,** si OUI
☐ cela vous a plutôt **aidé** pendant la consultation
☐ cela vous a plutôt **gêné** pendant la consultation
☐ cela n'a **pas eu d'influence** sur la consultation

**<u>III QUESTIONS SUR CETTE CONSULTATION :</u>**

1 Quelle est votre satisfaction globale concernant cette consultation ?

**Très satisfait** ☐ **Satisfait** ☐ **Peu satisfait** ☐ **Pas du tout satisfait** ☐

**2. D'après-vous, quel(s) était(ent) le(s) <u>motif(s)</u> de consultation de votre patient <u>aujourd'hui</u>?**
Citez-les du plus préoccupant au moins préoccupant **<u>pour le patient:</u>**

- -
- -
- -
- -
- -
- -

3. Y a t-il un ou plusieurs **problèmes** dont le patient n'a parlé qu'en toute fin de consultation?

☐ **NON**

☐ **OUI** si **OUI** : le(s)quel(s):

4. Pensez-vous que, pendant cette consultation, le patient a parlé de tous les problèmes qui le préoccupaient?

☐ **OUI**

☐ **NON,** si **NON** précisez pourquoi: ☐ par manque de **temps** pendant la consultation
☐ parce qu'il était trop **stessé** ou trop **angoissé**
☐ autre: précisez

5. Avez-vous perçu chez votre patient des craintes par rapport à son (ses) problème(s) de santé actuel(s)?

☐ **NON**

☐ **OUI** si **OUI,** vous en a-t-il **parlé** ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

pensez-vous l'avoir **rassuré**? ☐ **OUI** ☐ **NON**

6. Selon vous, **avant** la consultation, le patient avait-il une idée sur:

- les **causes** possibles de son (ses) problème(s) de santé actuel(s)? ☐ **OUI** ☐ **NON**
- le **traitement** possible de son (ses) problème(s) de santé actuel(s)? ☐ **OUI** ☐ **NON**
- la **gravité** de son (ses) problème(s) de santé actuel(s)? ☐ **OUI** ☐ **NON**

7. Le patient a-t-il exprimé des souhaits concernant la prise en charge de son (ses) problème(s) de santé actuel(s)?

☐ **NON**

☐ **OUI** si **OUI**, les avez-vous **respectés?** ☐ **OUI** ☐ **NON**

8. Estimez la durée de cette consultation : minutes

Selon vous, la durée de cette consultation a-t-elle été **trop courte**? **OUI** ☐ **NON** ☐

9. Selon vous, le temps de parole de votre patient a été :

☐ **Suffisant** ☐ **Insuffisant**

10. Selon vous, pendant que le patient parlait,

- vous l'avez regardé **avec attention** :

☐ tout le temps ☐ souvent ☐ jamais

- vous étiez **occupé** à autre chose :

☐ tout le temps ☐ souvent ☐ jamais

- vous avez été **interrompu** par un élément extérieur

☐ **NON**
☐ **OUI si OUI,** cela vous a t-il **gêné?** **NON** ☐ **OUI** ☐

10 bis. Pensez-vous que **l'utilisation de votre ordinateur** pendant la consultation a perturbé la communication avec votre patient?

☐ **OUI** ☐ **NON**

11. Avez-vous interrompu votre patient pendant qu'il vous parlait ?

☐ **NON**
☐ **OUI,** si OUI ☐ **une seule** fois ☐ **plusieurs** fois

12. Avez-vous utilisé un **langage facile à comprendre** pendant la consultation?

☐ **NON**
☐ **OUI**

# ANNEXE 5 bis : QUESTIONNAIRE PATIENT

Ce questionnaire **anonyme** et **confidentiel**, ne sera pas lu par votre médecin.
Il est destiné à la réalisation d'une **thèse** en médecine générale.

**Age :** ans ; **Sexe:** M / F ; **Profession :**

**I. <u>Depuis combien de temps êtes-vous suivi par le médecin que vous avez consulté?</u>**

☐ C'est la première fois ☐ Moins d'un an ☐ de 1 à 5 ans ☐ plus de 5 ans

**II. <u>A quelle fréquence consultez-vous votre médecin?</u>**

☐ Moins d'une fois par an ☐ tous les 6 mois ☐ tous les 2-3 mois

☐ tous les mois ☐ plus d'une fois par mois

**III. <u>QUESTIONS SUR CETTE CONSULTATION :</u>**

1. Quelle est votre satisfaction globale concernant cette consultation ?

☐ **Très satisfait** ☐ **Satisfait** ☐ **Peu satisfait** ☐ **Pas du tout satisfait**

2. Quel(s) était(ent) votre(vos) **<u>motif(s)</u>** de la **consultation d'aujourd'hui**?
*(y compris ceux dont vous n'avez pas pu parler au médecin aujourd'hui, s'il y en a.)*

Classez-les **<u>du plus préoccupant au moins préoccupant</u>** selon vous :

- -
- -
- -
- -
- -
-

3. Y a t-il un ou plusieurs **problèmes** dont vous n'avez parlé qu'en toute fin de consultation?

☐ **NON**
☐ **OUI** si **OUI** : le(s)quel(s):

4. Y a t-il un ou plusieurs **problèmes** dont vous **n'avez pas parlé** pendant cette consultation?

☐ **NON**
☐ **OUI** si **OUI**, précisez pourquoi:
☐ par manque de **temps** pendant la consultation
☐ parce que vous étiez trop **stressé ou angoissé**
☐ autre: précisez :

**5. Avant** la consultation, aviez-vous des **craintes** par rapport à votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?

☐ **NON**
☐ **OUI** si **OUI**, en avez-vous **parlé** avec le médecin ? **OUI** ☐ **NON** ☐

le médecin vous a t-il **rassuré**? **OUI** ☐ **NON** ☐

6. **Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur :

- les **causes** possibles de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?
  ☐ **NON**
  ☐ **OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? **OUI** ☐ **NON** ☐

**Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur **:**

- le **traitement** éventuel de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?
  ☐ **NON**
  ☐ **OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? **OUI** ☐ **NON** ☐

**Avant** la consultation, aviez-vous une idée sur :

- la **gravité** de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?
  ☐ **NON**
  ☐ **OUI,** si **OUI,** en avez-vous parlé avec le médecin? **OUI** ☐ **NON** ☐

6.bis Connaissez-vous une personne « **proche** » (ami, famille) ayant eu le **même problème** de santé que vous?

☐ **OUI**
☐ **NON**

7. Avant la consultation, aviez-vous des **souhaits** sur la prise en charge de votre (vos) problème(s) de santé actuel(s)?

☐ **NON**
☐ **OUI** si **OUI**, les avez-vous clairement **exprimés** au médecin? **OUI** ☐ **NON** ☐

le médecin les a-t-il **respectés**? **OUI** ☐ **NON** ☐

8. Estimez la **durée** de la consultation : minutes
Selon vous, la consultation a-t-elle été trop courte? **OUI** ☐ **NON** ☐

9. Pendant cette consultation, **votre temps de parole** a été:
☐ **Suffisant** ☐ **Insuffisant**

10. Pendant que vous **parliez**,

- le médecin **vous regardait** avec attention:
☐ tout le temps ☐ souvent ☐ jamais

- le médecin était **occupé** à autre chose :
☐ tout le temps ☐ souvent ☐ jamais

- le médecin a été **interrompu** par un élément extérieur :
☐ **NON**
☐ **OUI** si **OUI**, cela vous a t'il gêné? ☐ **OUI** ☐ **NON**

10 bis. L'utilisation de l'**ordinateur** par le médecin pendant la consultation vous a-t-elle gênée?
☐ **OUI** **NON** ☐

11. Le médecin **vous** a-t-il **coupé la parole** (pendant que **vous parliez)**?
☐ **NON**
☐ **OUI,** si **OUI** ☐ **une seule** fois ☐ **plusieurs** fois

12. Les **mots** utilisés par le médecin étaient-ils **faciles à comprendre**?
☐ **OUI**
☐ **NON** si **NON** , avez-vous demandé des **explications** ? **OUI** ☐ **NON** ☐

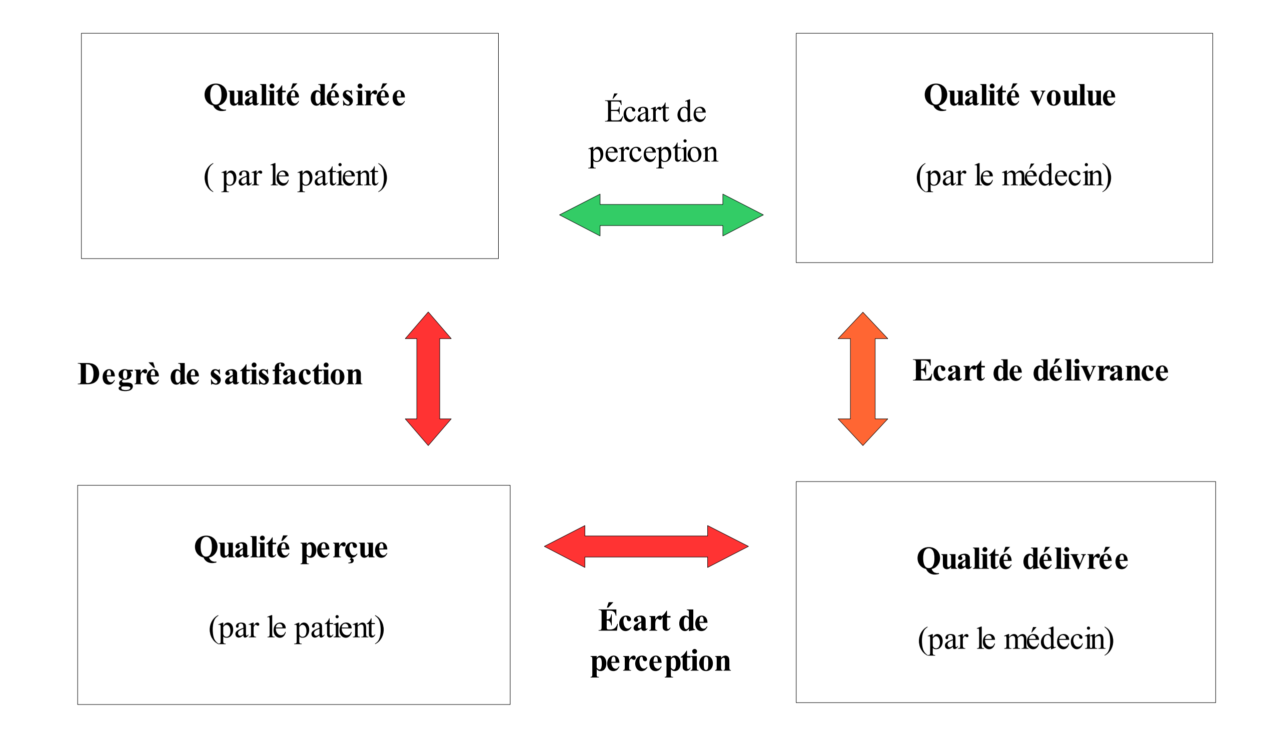
## ANNEXE 6 : Classification CISP-2 :

| Classification | Motif(s) |
|---|---|
| A | Problèmes généraux, non spécifiques |
| B | Sang, hématologie |
| D | Digestif |
| F | Œil |
| H | Oreille |
| K | Cardio-vasculaire |
| L | Ostéo-articulaire |
| N | Neurologique |
| P | Psychologique |
| R | Respiratoire |
| S | Cutané |
| T | Endocrinien, Métabolique |
| U | Urinaire |
| W | Grossesse, accouchement |
| X | Génital (femmes) |
| Y | Génital (hommes) |
| Z | Problèmes sociaux |

# ANNEXE 7 : Démarche qualité :

Il convient de définir 4 types de qualité dans les soins :

- le désir du patient = **qualité attendue, désirée**
- le désir du médecin = **qualité voulue**
- ce que perçoit le patient = **qualité perçue**
- ce que donne le médecin **= qualité délivrée**



# SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.